أثر برنامج تدريبي سلوكي للتدخل المبكر في تنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في الأردن

إعداد

صهيب سليم يوسف سليم

إشراف

الأستاذ الدكتور أحمد أحمد عواد

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في التربية
تخصص (التربية الخاصة)

كلية العلوم التربوية والنفسية
جامعة عمان العربية
حزيران، 2010

التفويض

أنا صهيب سليم يوسف سليم أفوض جامعة عمان العربية للدراسات العليا بتزويد نسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

الإسم: صهيب سليم يوسف سليم

التوقيع:

التاريخ:2010/8/28

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة للطالب: صهيب سليم يوسف سليم وعنوانها: أثر برنامج تدريبي سلوكي للتدخل المبكر في تنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في الأردن" بتاريخ

3 / 8 / 2010

وأجيزت بتاريخ 21/8/ 2010

أعضاء لجنة المناقشة: التوقيع

0. الأستاذ الدكتور صالح الداهري (رئيساً) -----------

0. الأستاذ الدكتور أحمد أحمد عواد (عضواً ومشرفاً) -----------

0. الدكتور سامي ملحم (عضواً) -----------

0. الدكتور ابراهيم الزريقات (عضواً) -------------

شكر وتقدير

1. الحمد والشكر لله على فضله وكرمه، وحسن تقديره، فقد أعانني فسرت، ومنحني القــوة فمضيت، إلى أن أكملت المشوار وأنجزت هذا العمل بتوفيــق منـــه ســبحانه وتعـــالى، ويسعدني أن أتقدم بجزيل الشكر، ووافر الاحترام والتقدير، وعظيم العرفـــان والإمتنـــان بالجميل إلى أستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور أحمد أحمد عواد الذي أشـــرف علـــى هــذا العمل، وجاد علي بعلمه، ولم يبخل بجهده ووقته، وسعة صدره، وتعاونه في رعاية هــذا العمل، في جميع مراحله، كما أتقدم بجزيل الشكر والإمتنان إلى أعضاء لجنـــة المناقــشة الكريمـــة المتمثلـــة بالأســـتاذ الـــدكتور صـــالح الـــداهري والـــدكتور ســـامي ملحـــم والدكتور ابراهيم الزريقات لتفضلهم بمناقشة هـــذه الأطروحـــة وإثرائهـــا بملحوظـــاتهم وإرشاداتهم.

صهيب سليم يوسف سليم

إهـــــــــداء

إلى من غزلت من خيوط العطف أحجية الأمومة... وملكت القلب والجنان... إلى من يعجز عــن حقها اللسان... إلى أمي الحنون...

إلى نبع العطاء الذي لا ينضب... إلى من تنحني هامتي إكباراً وإجلالاً له بعد الله ... إلى والدي العزيز...

إلى من شدوا أزري... ورفعوا همتي... إلى شموع حياتي وزهور الأمل... إلى أخــي محمــود وأخواتي.

إلى من ساندتني وصبرت معي طيلة فترة عملي .... إلى زوجتي

إلى نور حياتي.................................. إلى ابني البراء أهدي أطروحتي هذه سائلاً المولى التوفيق والسداد.

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

فهرس الملاحق

فهرس الأشكال

أثر برنامج تدريبي سلوكي للتدخل المبكر لتنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصريا في الأردن

إعداد

صهيب سليم يوسف سليم

إشراف

الأستاذ الدكتور أحمد أحمد عواد

الملخص

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في التدخل المبكر لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصريا في الأردن .

وقد تألفت عينة الدراسة من (30) طفلاً من الأطفال المعاقين بصريا (كف كلي، ضعاف البصر) من روضة جمعية الضياء الخيرية في (عمان– إربد) تراوحت أعمارهم ما بين (4–6) سنوات وليست لديهم إعاقات أخرى، وتم توزيعهم قصدياً بالتساوي إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وقد طبق على أفراد المجموعتين مقياس مهارات الحياة اليومية (إعداد الباحث)، وطبق البرنامج التدريبي السلوكي في التدخل المبكر لتنمية مهارات الحياة اليومية على أفراد المجموعة التجريبية فقط، أما المجموعة الضابطة فتلقت البرنامج التقليدي والمتبع في الروضة، وقد استغرق تطبيق البرنامج التدريبي ثلاثة أشهر بواقع (48) جلسة تدريبية موزعة على (4) جلسات في كل أسبوع واحد مدة الجلسة الواحدة (30) دقيقة.

وأسفر تحليل البيانات إحصائيا عن النتائج التالية :–

1– وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى (α =0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية بأبعاده الفرعية، وذلك لصالح أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي.

2- وجود تفاعل دال إحصائيا عند مستوى (α =0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية ودرجة الإعاقة في بعد إعداد الأطعمة وتناولها لصالح ضعاف البصر، وفي بعد التواصل لصالح المعاقين بصريا (كف بصر) بينما لا يوجد تفاعل دال إحصائيا في بقية أبعاد المقياس.

3- عدم وجود تفاعل دال إحصائيا عند مستوى (α =0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية وجنس الطفل بعد تطبيق البرنامج.

4- عدم وجود فروق داله إحصائيا عند مستوى (α =0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعه التجريبية على مقياس مهارات الحياة اليومية في التطبيق البعدي والمتابعة، تعزى إلى البرنامج التدريبي.

The Effect of Behavioral Training Program of the Early Intervention on Developing the Daily Life Skills of Visually Impaired Children in Jordan

Prepared by

Suhib Saleem Yousef Saleem

Supervised by

Prof. Dr. Ahmed Ahmed Awad

Abstract

This study aimed at identifying the effect of behavioral training program of the early intervention on developing the daily life skills of visually impaired children in Jordan.

The sample of study consisted of (30) visually impaired children (totally blind and low vision) from AL-Dia'a Charity Kindergarten in (Amman, and Irbid). Their ages ranged between (4-6) years and they do not have any other disabilities. They were distributed in purpose into two groups equally, one experimental and the other is control. The scale of the daily life skills was applied on the two groups (prepared by researcher).

The training behavioral program of the early intervention on developing the daily life skills was applied only on the experimental group members, while the control group members received the traditional program, used in the kindergarten. The training program was applied in three months, it consisted of (48) training sessions distributed on (4) sessions weekly, each session duration (30) minutes.

The study showed the following:

1) There are statistically significant differences at level (α =0.05) between the mean scores of the experimental group and control group on the scale of daily life skills in its sub-areas in favor of the experimental group after applying the program.

2) There are statistical interaction at level (α =0.05) between the mean scores of the experimental group and control group on the scale of daily life skills and impairment degree in the area of preparing food and eating it due to low vision, and in the communication area due to visually impairment (totally blind), while there are no statistical interaction in the rest areas.

3) There are no statistical interaction at level (α =0.05) between the mean scores of the experimental group and control group on the scale of daily life skills and child sex after applying the program.

4) There are no statistical differences at level (α =0.05) between the mean scores of the experimental group on the scale of daily life skills in post applying and following due to the training program.

الفصل الأول

خلفيّة الدراسة وأهميّتـها

الفصل الأول

خلفية الدراسة وأهميتها

مقدّمة:

تسهم حاسة البصر بدور بارز في اكتساب الإنسان للخبرات المختلفة في جميع المجالات، وإن إصابة هذه الحاسة يقلل من فرص اكتساب الفرد للخبرات والمهارات الحياتية التي قلما تجد إنسانا مستقلا بذاته وقادرا على النجاح والاعتماد على النفس والافادة من مواقف الحياة المختلفة.

ويلعب البصر دورا هاما في تعلّم الإنسان ونموه، فهو يساعد الفرد على تعلم خصائص الأشياء والأحداث التي تدور حوله والتفاعل مع البيئة المادية والاجتماعية، أما الفرد المعاق بصرياً فيعتمد على تكامل معلوماته عن طريق الحواس الأخرى وبخاصة السمع واللمس، مما يعرضهم للنقص في الخبرات الأولية الواضحة في الطفولة المبكرة والتي يبنون عليها مفاهيمهم ونظرياتهم بخصوص أنفسهم والعالم المحيط بهم.

والإعاقة البصريّة ظاهرة موجودة في كافة المجتمعات الإنسانية ولكن بمعدلات مختلفة، ونسبٍ كبيرة من الأطفال المعاقين بصرياً ممن هم في العمر المدرسي ولديهم بقايا بصرية وظيفية يمكن استغلالها في عملية التّعلّم وإن استغلال هذه البقايا من قبل الشخص المعاق وفقا لبرامج تدريبية خاصة يزيد من فاعليتها، وذلك عكس الاعتقاد السائد أنّ استغلال هذه البقايا يعمل على إضعافها.

ويعد تأثير فقدان البصر في إدراك الإنسان لذاته تأثيرا مؤقتا ويمكن التقليل من آثاره السلبية عن طريق برامج التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة التي تهدف في الأصل إلى

تحسين الظروف المحيطة بالمعاق بصريّاً، ويتم تحديد المكونات الأساسية التي ينبغي أن تتضمنها برامج التدخل المبكر والإستراتيجيات التدريبية التي تقوم بتوظيفها على ضوء حاجات وخصائص الطفل المعاق بصرياً.

وتؤثر الإعاقة البصريّة في سلوك الفرد تأثيراً سلبياً، حيث ينشأ نتيجة لهـا الكثيـر مـن الصعوبات في عمليات النّمو وفي اكتساب المهارات اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي، وذلك نظرا لعجز المعاقين بصرياً أو محدودية مقدرتهم على الحركة، وعدم اسـتطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين ونشاطاتهم اليومية (القريطي، 2001).

والمتأمل لحالة الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة يجد أن حواس الطفل تنشط نشاطاً كبيراً وتتأثر المدركات الحسية لديه فيدرك الفوارق بين الأشياء المادية من أشكالها وألوانها وأوضـاعها وأصواتها وروائحها، ويتعرف على الظواهر الطبيعية ويتأملها ويفكر فيها، كما يزداد دقة ونضج سمعه وتتحسن بشكل ملحوظ حاسة الشم لديه، فيكتسب الكثير من الخبرات العقلية المعرفية التـي تزوده بحصيلة من المعلومات فيصبح قادراً على الربط بين العناصر على أساس العلة والمعلـول وتحديد الاتجاهات والموقع والتمييز بين المتشابهات من الأشياء والحروف (عواد، 2005).

إن توفير برامج التدخل المبكر الغنية بالمثيرات في السنوات الأولى من حياة الطفل يساعد بشكل مؤكد في اكتسابه مختلف المفاهيم والمهارات الضرورية سواء أكانت لغوية أم معرفيـة أم سلوكية أم أكاديمية وذلك حسب حاجة كل طفل، كما أن لتلك البرامج أولوية وطنية في كثير من دول العالم المتقدمة.

ومن هنا كان للتدخل المبكر أهمية خاصة ومبررات قوية يتفق عليهـا معظـم البـاحثين والعاملين في مجال التربية الخاصة، حيث تبين أن الخبرات الأولية لها تأثيرات كبيرة على الحياة في جميع جوانبها ففي مرحلة الطفولة المبكرة يكون لدى الطفل استعدادات وقابلية للنمو والتغيير

فالتدخل المبكر يسعى إلى استثمار هذه الفترات لتطوير القـدرات العقليـة واللغويـة والحركيـة وتحسين السلوك الاجتماعي الانفعالي لدى الطفل (شقير، 2002).

وكما أنّ للتدخل المبكر من أثر بالغ في تكيّف الأسرة وتوجيهها لكيفية التعامل مع الطفـل المعاق بصرياً والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها، إضافة إلى التأكيد على أهمية مشاركة الأسر لدورها الأساسي في تنفيذ تلك البرامج، حيث أن الأسـرة هـي المحور الأساسي في تلك البرامج، وبما أن توفير برامج التدخل المبكر قد يخفـف مـن الإعاقـة البصريّة أو يمنعها وبالتالي يحد من تحويل أعداد كبيرة لبرامج التربية الخاصة مما يخفف الجهد والتكلفة المادية المتوقعة على تقديم برامج تربوية متخصصة (الخطيب، 2004).

ويواجه الفرد المعاق بصرياً صعوبات في ممارسة مهارات الحياة اليومية، وتنقّلـه مـن مكان إلى آخر، وذلك نتيجة فقدان حاسة الإبصار، مما يدفعه إلى بذل المزيد من الجهد، ويعرضه ذلك للإجهاد البصري والتوتر النفسي، وانعدام الأمن، والارتباك تجاه المواقف الجديـدة، وتعلـم المهارات الحياتية والتعرف والتنقل يعمل على تعزيز الأمـان والكفّـاءة، والتحـرك باسـتقلالية (القريطي، 2001).

وهكذا بدأت الدراسات في الإنتباه إلى قضية مدى تأثير العلاقات الداعمـة مـع الأهـل والأصدقاء والمعلمين وغيرهم من الأفراد المحيطين بالطفل المعاق بصرياً في نموه الاجتمـاعي الانفعالي، وعلى الرغم من أن عملية التكيّف لمهارات الحياة لدى الأطفال المعاقين بـصرياً هـي ذاتها لدى الأفراد المبصرين، ولكن يضاف إليها مضاعفات الإعاقة البصريّة لكل من الطفل الذي ولد كفّيفاً والفرد الذي أصيب بالإعاقة البصريّة في فترة لاحقة من حياته، كمـا أن دعـم الأهـل والمعلمين وأخصائي التأهيل والفريق الطبي يـساعده على تقبل الـذات (Chien & Schaller, 2000).

ومن خلال عمل الباحث في مدرسة عبد الله بن أم مكتوم للمكفّوفين في عمان واطّلاعه على واقع المشكلات التي يعاني منها الأطفال المكفّوفون عند التحاقهم بالمدرسة دون تطبيق برامج التدخل المبكر عليهم، وتدني في مستوى مهاراتهم الحياتية، تم إجراء دراسة استطلاعية على عينة من المعلمين بالمدرسة والذين يقومون بتدريس الأطفال المعاقين بصرياً وأولياء الأمور، بلغ قوامها (10) معلمين ومعلمات ، و(10) من أولياء الأمور، بهدف التعرف على أهم المهارات الأساسية التي يحتاجها الطفل المعاق بصرياً (كف بصر ، ضعيف بصر) في المرحلة العمرية من (4–6) سنوات، وبتحليل استجابات المعلمين، تم التوصل إلى أن أهم المهارات هي:

مهارات الحياة اليومية، المهارات اللغوية، المهارات الحركية، المهارات الاجتماعية، المهارات الأكاديمية، المهارات المهنية.

وقد أشارت عبد الهادي (2001) إلى أن الطّفل المعاق بصرياً يمكنه الافادة من الأنشطة والخبرات التربوية التي تُعد خصيصا له، حيث تسمح هذه الأنشطة والخبرات باكتساب المعلومات والمهارات معتمداً في ذلك على حواسه الأخرى، كما وجد أن الأطفال الذين اشتركوا في هذه البرامج قد تفوّقوا في العديد من المجالات على الأطفال الذين لم يشتركوا في تلك البرامج.

كما أشارت دراسة سغردسون (Sigurdsson, 2000) إلى فاعلية برامج التدخل المبكر في اكتساب الأطفال المعاقين بصرياً للمهارات الحياتية التي تلعب دوراً بارزاً في حياتهم، وبالتالي يأتي نجاح الطفل في ممارسة المهارات الحياتية في مختلف المواقف ليشعر الطفل بالفخر والثقة والاعتزاز بالنفس عندما يؤدي عملاً من الأعمال بنجاح.

وبالنظر إلى طبيعة الخدمات في الأردن فقد كان المُعاقون بصرياً أولَ الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين قدمت لهم الخدمات والبرامج التربوية، وفي الفترة الأخيرة شهد الأردن اهتماماً متزايداً برعاية الأطفال المعاقين بصرياً، وتمثل هذا الاهتمام بتأسيس روضة الضياء

الخيرية للمكفّوفين في عام (1994) والتي تقدم خدمات منظمة وهادفة لهؤلاء الأطفال (الحديدي، 2002).

وتعتبر السنوات الأولى من حياة الطفل فترة حرجة، وهذه الحقيقة تنطبق على الطفل المعاق بصرياً بالقدر نفسه الذي تنطبق فيه على الطفل السوي، لما يتعلمه الطفل فيها من المهارات والمعارف ما يمثل النواة الأساسية واللبنة الهامة في مسيرة تعلّمه الأكاديمي والمدرسي وهذا ما يطلق عليه برامج التدخل المبكر، وتصبح الحاجة ملحة إلى مثل هذه البرامج مع الأطفال المعاقين بصرياً بشكل رئيس وأساسي لما لها من دور فاعل ورئيس في تعلم الطفل المعاق بصرياً المهارات والمعارف التي تساعده على التعلم والتكيّف بطريقة مناسبة، ولما لها أيضا من دور إيجابي في تفاعل الأسرة مع طفلها من جهة، وتفاعل المعلم والأطفال الآخرين معه في البيئة المدرسية مستقبلا من جهة أخرى.

ومن خلال ما تمّ استعراضه يتبين لنا أنّه بالرغم من الاهتمام المبكر الذي حظي به المعاقون بصرياً في الأردن وذلك قبل جميع الإعاقات الأخرى من جانب الأخصائيين والباحثين، إلا أنه ما تزال برامج الأطفال المعاقين بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة قاصرة عن تلبية احتياجاتهم، وكذلك ندرة الدراسات السابقة في البيئة العربية (في حدود علم الباحث) والتي اهتمت بتقديم برامج تدخل مبكر للأطفال المعاقين بصرياً، فالطّفل المُعاق بصرياً يحتاج إلى رعاية خاصة تساعده على التكيّف مع البيئة من حوله، كما تساعده في الاعتماد على نفسه والتوافق النفسي والاجتماعي، كما تعمل هذه البرامج على تنمية حواسه وقدراته، وبما يسمح له بالافادة إلى أقصى درجة ممكنة، ومن هنا ظهرت فكرة الدراسة الحالية في محاولة لتقديم برنامج تدخل مبكر يعتمد على النظرية السلوكية لتنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة في الأردن.

مشكلة الدراسة:

إنّ الغرض من هذه الدراسة هو التعرف على أثر برنامج تدريبي سلوكي للتدخل المبكر في تنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في الأردن.

عناصر المشكلة:

تكمن مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة عن الأسئلة التالية :

1- ما مكونات برنامج تدريبي سلوكي في التدخل المبكر لتنمية مهارات الحياة اليومية للطفل المعاق بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة؟

2- ما أثر برنامج تدريبي سلوكي للتدخل المبكر في تنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة؟

3- هل يوجد تفاعل بين أثر البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للطفل المعاق بصرياً ودرجة الإعاقة (كف بصر – ضعيف البصر)؟

4- هل يوجد تفاعل بين أثر البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للطفل المعاق بصرياً وجنس الطفل (ذكر، أنثى)؟

فرضيات الدراسة :

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha=0,05$) بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين؛ التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية تعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي.

2- لا يوجد تفاعل دال إحصائيا (α =0,05) بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين؛ التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية ودرجة الإعاقة (كف بصر، ضعيف البصر) يعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي.

3- لا يوجد تفاعل دال إحصائيا (α =0,05) بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين؛ التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية وجنس الطفل (ذكر، أنثى) يعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي.

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية(α = 0,05) بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعة التجريبية على مقياس مهارات الحياة اليومية في التطبيقين؛ البعدي والمتابعة تعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي.

أهميّة الدراسة:

تبدو أهمية الدراسة واضحة من كونها تركز على فئة من الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعيف بصر) في مرحلة ماقبل المدرسة في الأردن وقد تسهم في تحقيق الأغراض التالية :-

الأهمية النظرية :

- توفير خلفية نظرية معمقة لمفاهيم الإعاقة البصرية والتدخل المبكر ومهارات الحياة اليومية ، ليستفيد منها الباحثون وطلبة الجامعات والعاملون مع الطلبة ذوي الإعاقة البصرية .
- الاستجابة إلى توصيات الدراسات السابقة والتي أشارت إلى ضرورة إجراء المزيد من الدراسات حول برامج التدخل المبكر المعدة للأطفال المعاقين بصرياً في مرحلة ماقبل المدرسة .

الأهمية العملية :

- تنمية وتطوير مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة في الأردن ، وذلك لاستثمار قـدراتهم فـي أداء تلـك المهـارات باستقلالية وتحسين علاقاتهم بالآخرين والتمكن من التكيف الناجح في حياتهم .
- تزويد العاملين مع المعاقين بصرياً ببرنامج تدريبي لتنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في الأردن .
- بناء مقياس لمهارات الحياة اليومية يمكن الافادة منها في دراسات لاحقة .
- لفت نظر المسؤولين التربويين إلى أهمية تنمية المهارات الحياتية لدى الأطفـال المعاقين بصرياً، وضرورة وجوده كأحد المكونات الأساسية لبرامج الروضات.
- لفت نظر أولياء أمور الطلبة والمعلمون إلى أهمية تنمية مهارات الحياة اليوميـة عند الأطفال المعاقين بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة وأهميتهـا فـي تكـوين وصقل شخصية الطفل لاحقاً.

التعريفات النظرية والإجرائية:

التدخّل المبكر: Early Intervention

يشير مصطلح التدخل المبكر إلى مجموع الخـدمات؛ الطبيـة والاجتماعيـة والتربويـة والنفسية المقدمة للأطفال دون سن السادسة الذين لديهم احتياجات خاصة أو تأخر نمائي، أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة، بالإضافة إلى توفير البرامج التدريبية والإرشادية لأُسـر هـؤلاء الأطفال (الخطيب والحديدي، 2004).

ويعرَف التدخل المبكر إجرائيا في الدراسة الحالية، بأنه مجموعة من الأنشطة والتدريبات تم إعدادها بالاستناد إلى النظرية السلوكية تقدم للطفل المعاق بصرياً (كف بصر، ضعيف بصر) لتنمية مهارات الحياة اليومية لديه، والمتمثلة في: مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل.

الأطفال المعاقون بصرياً: Visual Impairment

هم الأطفال الذين تقدّم لهم خدمات التربية الخاصة بسبب اختلال قدراتهم البصريّة نتيجة عجز في الجهاز البصري، ويتعلمون بطريقة اللمس والحواس الأخرى دون حاسة البصر، ويستخدمون طريقة برايل في القراءة والكتابة أو الأطفال الذين يستخدمون بقاياهم البصرية لأغراض التعلم بإستخدام أدوات التكبير، والملتحقون في روضة الضياء الخيرية للمكفّوفين في الأردن.

ولغايات هذه الدراسة تم تصنيف الأطفال المعاقين بصرياً حسب الإبصار الوظيفي المتوافر لديهم إلى مجموعتين: 1- كف البصر 2- ضعف البصر.

كف البصر : Totally Blind

وهو الشخص الذي لا يستطيع تعلم القراءة والكتابة إلا بطريقة برايل وبمواد ذات علاقة دون أن يستخدم بصره، ويستخدم اللمس والسمع للتعلم ولا يوجد لديه استعمال وظيفي للإبصار (زريقات، 2006). وهو من تكون حدة إبصاره في أحسن العينين بعد التصحيح أقل من (60\ 3>) (Vision 2020, 2005).

ويعرف كف البصر إجرائيا في الدراسة الحالية: بأنه الطفل الذي لديه كفّ بصري كلي ولا توجد لديه بقايا بصرية وظيفية، ويستخدم حاسة اللمس والسمع في أداء مهمات الحياة اليومية والذي تم تحويله إلى روضة الضياء للمكفّوفين بناء على تشخيصه من قبل أخصائي البصر في المركز الوطني لتشخيص الإعاقات المبكرة التابع لوزارة الصحة.

ضعيف البصر: Low Vision

هو الشخص الذي يستطيع استخدام الإبصار لأغراض التعلم، إلا أن إعاقته البصريّة تتداخل مع القدرات الوظيفية اليومية، وهو الشخص الذي يمكنه قراءة المطبوعات باستخدام أدوات وأجهزة التكبير أو الكتب المطبوعة بحروف كبيرة (زريقات، 2006)، أو من تتراوح حدة بصرهم ما بين (3/60 – 6/18 >) في أفضل العينين، حتى بعد التصحيح (Vision 2020, 2005).

ويعرف الطفل ضعيف البصر إجرائيا في الدراسة الحالية: بأنه الطفل الذي لديه ضعف بصري وتوجد لديه بقايا بصرية وظيفية، وتم تحويله إلى روضة الضياء للمكفّوفين بناء على تشخيصه من قبل أخصائي البصر.

مهارات الحياة اليومية: Daily Life Skills

تشير إلى السلوكات والمهارات الشخصية والاجتماعية اللازمة للأفراد للتعامل بثقة واقتدار مع أنفسهم ومع الآخرين ومع المجتمع (عمران والشناوي وصبحي، 2001).

وتعرّف مهارات الحياة اليومية إجرائيا: بأنها سلوكات ومهارات الطفل المعاق بصرياً (كف بصر وضعيف البصر) المتمثلة في: مهارة العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات الأمان

والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل. وكما يعبر عنها بالدرجة التـــي يحـــصل عليهـــا الطفل المعاق بصرياً (كفّ بصري، ضعف بصر) وضعيف البصر في مقياس مهارات الحيـــاة اليومية.

محددات الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على :

1- عينة الدراسة : مكونة من (30) طفلاً وطفلة من المعاقين بصرياً (كف بصر ،ضعف بصر) الملتحقين بروضة الضياء الخيرية في (عمان – إربد) على طلبة الفئة العمرية (4-6) سنوات، ولا يعانون من أية إعاقات أخرى سوى الإعاقة البصرية للعام الدراسي (2008-2009).

2- الأدوات المستخدمة (مقياس مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً – البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً).

3- القدرة على تعميم النتائج سيكون مقيداً بمدى صدق وثبات الأدوات المستخدمة .

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات ذات الصلة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات ذات الصلة

أولا: الإطار النظري

لقد نال مجال الإعاقة والمعاقين اهتماماً بالغاً في السنوات الأخيرة ويرجع هذا الاهتمام إلى اقتناع المجتمعات بأن المعاقين كغيرهم من أفراد المجتمع لهم الحق في الحياة وفي النمو بأقصى ما تمكنهم به قدراتهم وطاقاتهم، ومن ناحية أخرى تغيرت النظرة المجتمعية إلى هؤلاء الأفراد وتحولت من اعتبارهم عالة اقتصادية على مجتمعاتهم إلى النظر إليهم كجزء من الثروة البشرية مما يحتّم تنمية هذه الثروة والافادة منها إلى أقصى حد ممكن حتى يمكن تحويلها إلى طاقة منتجة تفيد نفسها ومجتمعها، ويتم ذلك من خلال حصولهم على برامج تربوية وتأهيلية تراعى متطلباتهم الخاصة، ويعد المعاقون بصرياً إحدى فئات ذوى الاحتياجات الخاصة والتي تحتاج إلى الاهتمام والرعاية من قبل القائمين على تربيتهم وبخاصة الأطفال منهم، حيث تعتبر فترة الطفولة المبكرة من أهم الفترات التي تتكون فيها شخصية الفرد كما أنها مرحلة تكوين وإعداد وترسم فيها ملامح شخصيته في المستقبل.

ويشير محمد (1997) إلى أن الفرد في هذه المرحلة يمر ببعض الظروف التى تنذر بالمشكلات والتي سيكون عليه أن يواجهها، كما يواجه الطفل المعاق بصرياً نفس المشكلات التى يواجهها الطفل العادي بالإضافة إلى المشكلات الخاصة بكفّ البصر.

وتؤكد حسين (2003) على أهمية تنشئة الطفل وإعداده منذ المراحل المبكرة من عمره، كما يجب على كل من الأسرة والمدرسة والمجتمع أن يقدموا العون للطفل المعاق بصرياً من أجل مساعدته على الاندماج مع العالم الواقعي حتى يجنبوه الإصابة بالاضطرابات النفسية والاجتماعية.

1- الإعاقة البصريّة:

تلعب حاسة البصر دوراً عظيماً في حياة الإنسان فهي تنفرد دون غيرها من الحواس بنقل بعض جوانب العالم الاجتماعي ومعالم الواقع البيئي للإنسان إلى العقل كما أن الجهاز البصري يعطى للفرد كمية كبيرة وغير محدودة من المعلومات عما يحيط به ولذلك يمكن اعتبار البصر هو الحاسة المهيمنة عند الإنسان وفقد هذه الحاسة يكون لها تأثيرات سلبية على مفهوم الفرد عن ذاته وعلى صحته النفسية وربما أدّت إلى سوء التوافق والتكيّف الشخصي والاجتماعي وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن(القريطى، 2001).

وعلى الرغم من ارتفاع تكلفة رعاية المعاقين بصرياً فإن الدول المتقدمة والنامية على حد سواء تهتم بتربيتهم حتى يأخذوا نصيبهم كاملاً في الحياة العامة وتحقيقاً لمبدأ تكافؤ الفرص وتوفيراً لطاقات إنتاجية يستفيد منها المجتمع (عزيز، 2003).

ومن هنا تظهر الحاجة إلى إعداد برامج وخدمات خاصة للمعاقين بصرياً تبدأ من الطفولة المبكرة أي مرحلة ما قبل المدرسةَ وتعمل على الارتقاء بمستوى أدائهم في جميع جوانب النمو المختلفة حتى يتمّ استغلال هذه الطاقات وليكونوا طاقة منتجة في المجتمع، ولكي يمكّننا إعداد مثل هذه البرامج يجب أولاً فهم احتياجات وخصائص هذه الفئة مع معرفة الأسباب التى أدت إلى ذلك حتى يمكن وضع البرامج المناسبة لها.

مفهوم الإعاقة البصريّة:

إنّ الإعاقة البصريّة مفهوم واسع يصف مجموعة متباينة من الأطفال، يجمعهم شيء واحد وهو أنهم لا يرون العالم كما يراه الأطفال المبصرون لوجود تلف ما في الجهاز البصري، تعددت التعريفات الخاصّة بالإعاقة البصريّة، فقد عرفها جونسون واتريمر وهاكر

(Johnson, Attermeier, Hacker, 1990) عــلى أنــها تشير إلى قــصور أو عجــز فـــي الـــرؤية وغـــير قابلة للتـــصحيح.

كما أوضح شنايدر (Schneider, 2004) أنه ليس كل الأشـــخاص المعـــاقين بـــصرياً مكفّوفين كليا فالعديد منهم غير قادر على الرؤية بينما الآخرون ربما يكونون قادرين على استقبال الضوء فقط.

أما ضعاف البصر (Low Vision) فهم الأشخاص الذين يعانون صـــعوبة كبيـــرة فـــي الرؤية البعيدة (Distance Vision) والذين لا يستطيعون رؤية الأشياء عندما تكون علـــى بعـــد أمتار قليلة منهم، وهؤلاء الأشخاص يعتمدون كثيرا على الحـــواس الأخـــرى للحـــصول علـــى المعلومات حيث أنهم يرون الأشياء القريبة فقط.

نسبة انتشار الإعاقة البصريّة:

تشير منظمة الصحة العالمية أنه يوجد في العالم (37) مليون معاق بصرياً (كف بـــصر) أي أن حدة البصر لديه (60/ 3>) وأن هناك (124) مليون معاق بصرياً (ضعيف بصر) أي أن حدة البصر لديه (60/ 3- 18/ 6 >)، وتشير الإحصائيات أيضاً أن هنـــاك (12) مليـــون معـــاق بصرياً (ضعيف بصر) و(4) ملاين (كف بصر) في الشرق الأوسط (Vision 2020, 2005).

تشير التقديرات إلى أن كفّ البصر موجود بمقدار العشر لدى أطفال المدارس، ووفقا لما ذكرته الرابطة الأمريكية للمكفّوفين (American Foundation for the Blind)(EFB)، فإنه يوجد مليون فرد أمريكي لديه ضعف بصر و الغالبية العظمى من هؤلاء الأفراد فوق ســـن(65) عاما وحوالي (4%) من كافة المكفّوفين هم من بين الأطفال، فنسبة انتشار الإعاقات البـــصريّة بين الأطفال هي أقل منها بين عامة الناس، وحوالي (4%) لكل (10000) طفـــل فـــي ســـن المدرسة لديه إعاقة بصريّة ويتلقى خدمات التّربية الخاصّة، وتأثر آليـــة تحديـــد نـــسبة انتـــشار

الإعاقات البصريّة بعوامل عديدة منها، أن العديد من الأطفال المعاقين بصرياً غير مشمولين فـي تصنيف التربية الخاصة، وأكثر من النصف لديه أكثر من إعاقة مصنفين ضمن متعددي الإعاقة (الزريقات، 2006).

وتشير أيضا تقارير منظمة الصحة العالمية أن حوالي (80%) مـن المعـاقين بـصرياً يوجدون في دول العالم الثالث وتزداد نسبة انتشار الإعاقة البصريّة مع تقدم العمر وتـزداد فـي الدول التي تفتقر إلى الرعاية الصحّية المناسبة (الحديدي، 2002).

وبصورة عامة فإن الإعاقات البصريّة هي أكثر انتشارا لدى الكبار وتزداد مع التقدّم فـي العمر، وفي الولايات المتحدة على سبيل المثال فإن هناك تبايناً في تقدير نسبة انتِشار الإعاقـات البصريّة في المجتمع، ويعود هذا التباين إلى:الفروق بين نتائج المسوحات المـستهدفة فـي تقـيم الإعاقات البصرية والاختلاف في تعريف الإبصار والإعاقات البصرية وأيضا التباين في الأعمار والحالة الإقتصادية والإجتماعية للأسر والتفاوت بين طبقات المجتمع. (الزريقات، 2006) .

أسباب الإعاقة البصريّة:

تعود أسباب الإعاقة البصريّة إلى عدة عوامل (Online, 2006) يمكن تلخيصها علـى النحو الآتي :

1-ضمور العصب البصري (Optic Naerve Atrobhw):

وهى حالة نقص نمو العصب البصري وفيها يرى العصب البصري صغير الحجم ممـا يسبب نقصاً في الرؤية، أو قد يحدث ضمور في العصب البصري وفيـه يـؤثر علـى الأليـاف العصبية التي تنقل الإشارات العصبية من العين إلى مراكز الإبصار بالمخ والسبب الأكثر شيوعاً لحدوث هذه الحالة هو وجود ورم بممر الإشارات العصبية الخاصة بالبصر فى المخ.

2-اعتلال الشبكية الناتج عن الخداج ((Retinopathw of Prematuritw):

وهذا المرض يعد حالة تنتاب الأطفال المولودين قبل اكتمال فترة الحمل، فأطفال الخداج معرضون لخطر توقف نمو الأوعية الدموية أو نمو غير طبيعي لها وذلك نتيجة زيادة احتياجهم لكميات من الأكسجين، وتعتمد نتائج هذا المرض على المنطقة المصابة من الشبكية وتتراوح النتائج من العمى الكلّي إلى وجود بعض بقايا البصر، ومما هو جدير بالذكر أن مدى انتفاع الطفل ببقايا البصر لديه يعتمد على أيّ المناطق من الشبكيّة قد أُتلفت.

3- رأرأة العين (Nustagmus):

ويعرف هذا المرض على أنه حركة متكررة متذبذبة لا إراديّة للعين وهذه الحالة يمكن أن تكون خلقية أو مكتسبة، ويمكن للأطفال أو الأفراد المصابين برأرأة العين أن يكونوا مصابين بالرؤية القريبة أو البعيدة، ويحتاج هؤلاء الأفراد إلى الجلوس بالقرب من اللوح حينما يكتب المعلم بعض التعليمات أو المعلومات عليها.

4- البهق (Albinism):

وهو مرض وراثي يظهر نتيجة غياب إنزيم التيروسين الذي يلعب دوراً كبيراً في تكوين صبغة الميلانين، وعادة ما يكون الأفراد المصابون بالبهق معرضين لإصابات وحالات عديدة أخرى مثل: عدم تحمل النظر إلى الضوء، الحول، الرأرأة بالإضافة إلى نقص في حدة الإبصار، والأطفال المصابون بالبهاق يكونون أكثر نشاطاً وفاعلية عندما يعملون بعيداً عن النوافذ أو أشعة الشمس الساطعة.

5- الحول (Strabismus):

ويحدث الحول عندما تكون العينان غير قادرتين على العمل في انسجام لمباشرة التحديق معاً في وقت واحد وعلى نفس الهدف، ويحدث الحول نتيجة اختلال التوازن في وظيفة عضلات

العين والذي ينتج عنه أن توجه إحدى العينين نحو الداخل أو نحو الخارج أو إلى أعلـــى أو إلـــى أسفل.

6- الأخطاء الإنكسارية (Errors Of Refraction)

وهى تتمثل فى طول النظر – قصر النظر – الإستجماتيزم

- طول النظر (Hyperopia)

ويحدث عندما تكون كرة العين قصيرة جداً مما يؤدّي إلى تركّز أشعة الضوء المتوازيـــة بجانب النقرة بدلاً من على سطح الشبكية، كما أن الأفراد الذين يعانون من طول النظر يجـــدون صعوبة فى رؤية الأشياء القريبة، ولعلاج طول النظر يمكن استخدام نظارة العدســـات المحدبـــة والتي تعمل على تصحيح نقطة التّركيز على الشبكيّة.

- قصر النّظر: (Myopia)

وهو يحدث عندما تكون كرة العين طويلة مما يؤدي إلى تركز أشعة الضوء المتوازية أمام النقرة بدلاً من على سطح الشبكية، كما يؤدي قصر النّظر إلى عدم قدرة تركيز العين على الأشياء البعيدة، وتستخدم نظارة العدسات المقعّرة لعلاج هذه الحالة .

- الإستجماتيزم : (Astigmatism)

ويستخدم للإشارة إلى خطأ إنكساريّ بسبب شذوذ على سطح القرنّية يمنع العين من التّركيز فـــى صورة واضحة على الشبكيّة مما ينتج عنها تشويه أو رؤية ضبابية ، وعـــادة يمكـــن تـــصحيح الإستيجماتيزم من خلال العدسات الاسطوانية، أما الحالات الشديدة من المحتمل عـــدم الحـــصول على حدّة إبصار واضحة، كما تؤثر على الأفراد، فقد يغمض أحد العينين كمحاولة لإيجاد صورة واضحة.

وقد ترجع الإعاقة البصريّة (خالد، 2006) إلى إحدى الأمراض التالية:

- الكتاركت (Cataract)
- الجلوكوما (Glaucoma)
- إعتام القرنية (Cornea Fication)
- إعتام الشبكية الناتجة عن السكري (Diabetic Retina pathy)
- التراكوما (Trauma)

وجدير بالذكر أن الإهمال في معالجة العين من الأمراض المعدية وسوء التغذية والتلوث بالإضافة إلى الأطفال الموجودين في مجتمعات فقيرة يكونون أكثر عرضة للإصابة بمشاكل البصر من نظرائهم في المجتمعات الأخرى، وبالتالي فإن انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والتعليمي من أهم العوامل المسببة للإعاقة البصريّة.

- **المهارات النمائية للطفل المعاق بصرياً:**

يختلف نمو الأطفال في المراحل العمرية المبكرة بشكل كبير باختلاف ظروف عدة تسبب فروق فردية بينهم، وعلى الرغم من وضوح هذا التباين في نمو الأطفال المبصرين، إلا أنه يصبح أكثر وضوحا عند مقارنتهم بنمو المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر)، حيث تظهر الدراسات الحديثة أن الأطفال المعاقين بصرياً قد يظهرون تسلسلا مختلفا عن الأطفال المبصرين في مراحل محددة، وأن النمو الحركي الدقيق هو المجال الأكثر تأخرا (Smith, 2004).

وفيما يلي استعراض لأهم المهارات النمائية وتأثير الإعاقة البصريّة عليها:

- **المهارات الجسمية والحركية (Motor and Physical Skills).**

تؤثر الإعاقة البصريّة تأثيراً غير مباشر على بعض الخصائص الجسمية والحركية، فنجد مثلاً النمو الجسمي فى الطول والوزن يسير على نحو لا يختلف عن الأطفال المبصرين وأن

بعض القصور قد يلاحظ فى المهارات الحركية ومهارات التناسق الحركي والتـآزر العـضلي (القريوتى والسرطاوي والصمادي،1995).

ويؤكد جونسون وآخرون (Johnson, et al, 1990) على أن نمو المهارات الحركيـة العامة لدى الأطفال المعاقين بصرياً ربما تتأخر لديهم على عكس الأطفال المبصرين.

كما يشير أورين (Erwin, 1992) أن هناك علاقة بين النمو الحركي والإعاقة البصريّة حيث تتأخر المهارات الحركية لدى الأطفال المعاقين بصرياً، كما يتأثر النمو الحركي من خـلال الارتباط بين العين وحركة اليد، ويشير أيضاً إلى أن الأطفال المعاقين بصرياً يكونون أبطأ فـي الحبو والمشي أو في إيجاد طريقهم باستقلالية مقارنة بالأطفال المبصرين.

كما أن الطفل المعاق بصرياً ينمو تماماً بنفس سياق الطفل المبصر ولكن غالباً ما يكـون بمعدل أبطأ لأن ذلك يتوقف على مهاراته، وغالباً ما يبدأ بالزحف فى نفس عمر الطفل المبـصر ولكنه يكون مترددا، كما يبدأ بالمشـي عند (17– 20) شهراً مقارنة بالطـفل المبـصر عنـد (12– 19) شهراً (Dunlap, 1997) .

إن بعض المهارات الحركية التي تتعلق بالحركة الذاتية للطفل مثل رفع الجسم والجلـوس في وضع معين والمشي باستقلالية تكون متأخرة لدى الطفل المعاق بصرياً وذلك لارتباطها بقدرته على الثبات ودقة الحركة.

ويذكر سيسالم (1997) أن القصور في المهارات الحركية لدى المعاقين بصرياً يرجع إلى خمسة عوامل:

- نقص الخبرات البيئية والتي تنتج عن (محدودية الحركة – قلة المعرفـة بالبيئـة – نقـص المفاهيم والعلاقات المكانية – فقدان الحافز للمغامرة – القصور في التناسق العام).
- عدم القدرة على التقليد والمحاكاة.

- قلة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية.
- الحماية الزائدة من الآباء.
- درجة الإبصار.

وتذكر نجدي (1992) أن الطفل المعاق بصرياً يتأخر عن الطفل المبصر في بعض المهارات الحركية التي تتعلق في الحركة الذاتية للطفل مثل رفع الجسم و المشي باستقلالية لارتباط تلك المهارات بقدرة الطفل على الثّبات ودّقة الحركة، وترى أن الطفل المعاق بصرياً ينتقل من الجلوس إلى الوقوف مباشرةً دون المرور بالمرحلة الوسطى والتي من خصائصها الزّحف على الأرض.

ولا يتمكن الطفل المعاق بصرياً من المشي باستقلالية إلا في حوالي الشهر التاسع عشر، وهو بذلك يعد متأخراً عن الطفل المبصر، الذي يقوم بنفس العملية في حوالي الشهر الثاني عشر، كما نجد أن الطفل المعاق بصرياً يواجه بعض المشكلات فيما يتعلق بإتقان بعض المهارات الحركية مثل الجري والتوازن ولقف الأشياء (عبد الهادي،2001)، وقد وجد إلين وجين (Elaine & Jean, 1999) أن هناك علاقة بين فرص تعلم المعاق بصرياً الحركة، وبين مقدرته على الأداء الحركي، فالأطفال الذين أتيحت لهم الفرص لتسلق الأشجار وممارسة التزحلق ومصارعة أقرانهم المبصرين لا يعانون من قصور في التناسق الحركي، وفي الوقت نفسه نجد الأطفال المبصرين الذين لم تتح لهم فرص الحركة دون القيام بأي أنشطة حركية يعانون من بعض القصور في التناسق الحركي.

كما أكدت نجدي (2001) على أن الأطفال المعاقين بصرياً أكثر تعرضاً لنمو العادات الحركية غير المرغوب فيها من المبصرين وتتمثل في هرش الرأس أو عبث الطفل في أنفه أو

دعكه لعينيه، ولعل أفضل طريقة لعلاج تلك العادات هي جعل الطفل مشغولاً باستمرار بإمداده بأشياء تشغل حواسه وتحرك أصابعه.

- **المهارات المعرفية: (Cognitive Skills)**

من الصعب قياس ذكاء الأفراد المعاقين بصرياً بدقة نظراً لأن معظم اختبارات الذكاء تشتمل على أجزاء أدائية وهي غير ملائمة للاستخدام مع المعاقين بصرياً، وقد يلجأ الفاحصون إلى استخدام الجزء اللفظي من مقياس وكسلر لذكاء الأطفال المعدل (WISC-R) وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات التي اعتمدت على هذا الجزء أنه لا يوجد فرق كبير بين ذكاء المعاقين بصرياً والمبصرين (القريوتى وأخرون، 1995).

ولقد أشار العزة (2001) على أن الناس ينقسمون في وصف ذكاء المعاق بصرياً إلى قسمين:

الأول يقال: بأنه يتمتع بذكاء الناس العاديين ويقدمون أمثلة على ذلك بعض المشاهير، مثل لويس برايل والدكتور طه حسين، أما الثاني فيقال: بأن الفصل القاطع لمعرفة الفروق بين المبصرين الأذكياء والمعاقين بصرياً الأذكياء يجب أن يتم من خلال ما يلي:

- اختلاف المقاييس.
- المقارنة الإحصائية.

وقد دلت نتائج الاختبارات التي طبقت على المعاقين بصرياً إلى ما يلي:

- تدنى الذكاء العام بالنسبة للمعاقين بصرياً عنه لدى المبصرين ولكن بفرق يمكن إهماله.
- المعلومات العامة عند المعاقين بصرياً أقل من المبصرين.
- نسبة المتخلفين فى الذكاء أعلى عند المعاقين بصرياً منها عند المبصرين.

أشارت نجدي (2001) إلى أنه عند تطبيق الاختبارات على المعاقين بصرياً دلت النتائج على أن هناك فرقاً ضئيلاً لصالح المبصرين في نسبة الذكاء إلا أن هذا الفرق يمكن إهماله وتؤكد أيضاً على أن التحصيل العقلي للمعاقين بصرياً يعتمد على كمية وطبيعة التعليم الخاص الذي يتلقونه، فالتدريب والتعليم يساعدهم على تعويض ما فقدوه بسبب الإعاقة البصريّة وأن ييسر لهم الاتصال اللازم بالبيئة الاجتماعية عن طريق الحواس الأخرى.

ويؤكد زيتون (2003) على أن التحصيل الأكاديمي للمعاق بصرياً أقل من الفرد العادي إذا ما تساوى كل منهما في العمر الزمني والعقلي ولكن قد يتقارب أداء الفرد المعاق بصرياً من أداء الفرد العادي من الناحية التحصيلية إذا ما توافرت المواد التي تساعد المعاق بصرياً على استقبال المعلومات والتعبير عنها.

وكانت نتائج الدراسة التي قام بها كل من ويفر وماركهام (Wyver & Markham, 1998) والتي قورن فيها أداء (19) طفلاً مبصراً و(19) طفلاً معاقاً بصرياً على مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، أن أداء الأطفال المعاقين بصرياً على المقياس كان أقل من الأطفال المبصرين وأن حالة إدراك عمليات الذاكرة كان أقل أيضاً.

- **الخبرة بالألوان:**

إن الأشخاص المعاقين بصرياً الذين يفقدون بصرهم في فترة مبكرة من حياتهم حيث لا تكون لديهم أية ذاكرة بصرية، لا تتكون لديهم أية أفكار حقيقية عن الألوان ولكن يكونون أفكاراً بديلة عن الألوان تقوم على الارتباطات اللفظية والحسية والعاطفية، وعلى سبيل المثال يسمع المعاق بصرياً الأشخاص الآخرين وهم يتحدثون عن زرقة السماء، لذلك فإن جميع الإحساسات المختلفة والانفعالات المرتبطة بالجو المعتدل اللطيف تبنى كفّكرة بديلة عن اللون الأزرق (عبد الرحيم وبشاي، 1990) .

- **تكوين المفاهيم:**

أشارت نتائج العديد من الدراسات كما جاء في إسماعيل (2006) إلى أن المعاقين بـــصرياً أقل قدرة من المبصرين في تكوين المفاهيم والمعارف ومدى النمو المعرفي لديهم وخاصـــة مـــا يتصل بالمفاهيم والمعارف ذات الارتباط بالجانب الحسي كالمساحات والمسافات والألـــوان، كمـــا أكدت الدّراسات التجريبية أن المعاق لا يقل في قدرته على التحصيل الأكاديمي عن غيـــره مـــن المبصرين، كما يؤكد بورتير (Porter, 2002) على أن الأطفال يكتسبون أكثر مـــن(80 %) من معلوماتهم عن العالم المحيط من خلال حاسة البصر، وأن نمو المفاهيم يمكن أن يتـــأخر فـــي حالة إعاقة حاسة البصر.

- **تدريب الحواس:**

دلت نتائج الدراسات السابقة أنه لا يوجد فارق بين المعاق بصرياً والمبصرين من حيـــث درجة الحدة في حواسهم، بل إن بعض الأبحاث بينت أن فقد البصر يؤثر تأثيراً سلبياً في قوة أداء الحواس الأخرى وأنّ كفّ البصر لا يتبعه نمو طبيعي أو زيادة تلقائية في الحواس الأخرى، ومـــا يلاحظ عادة عند المعاقين بصرياً من حساسية فائقة في بعض حواسهم إنما يرجع إلى ما أتيح لهذه الحواس من فرص التدريب، فالتجربة والتركيز ينتجان استعمالا أفضل ومهارة أكبر في استغلال الحواس كاللمس أو الشم أو السمع (نجدي، 2001).

وتؤكد دراسة صبحي (1983) على ضرورة رعاية حواس المعاقين بصرياً المتبقية لديهم رعاية سليمة عن طريق تزويدهم بالخبرات المتنوعة التي تقلل من ارتباطهم الخارجي وتعمل على تقوية اعتمادهم على أنفسهم وزيادة ثقتهم بأنفسهم والاستقلال بذواتهم وسرعة تكيفهم الاجتمـــاعي والتعرّف على الأشياء المحيطة بهم والإلمام بها وبهذا يتعلّم المعاقون بـــصرياً جـــوهر الأشـــياء وصفاتها وعلاقتها منذ بداية نمو إدراكهم العقلي.

- **المهارات الاجتماعية والانفعالية (Social And Reactive Skills):**

يكاد يتساوى الطفل المعاق بصرياً في نموه الإنفعالي وفي احتياجاته مع قرينـه الطفـل المبصر، وصحيح أننا لا نستطيع إنكار الحقيقة القائلة بأن فقدان البصر جزئياً أو كلياً يؤثر علـى إنفعالات الطفل، كما يؤثر في نفس الوقت على بيئته بشكل أو بآخر.

والطفل لا يستطيع استقبال أو إرسال الإيماءات الإجتماعية غير اللفظية، وذلك كثيرا مـا يقود إلى الاستجابات الإنسحابية والسلوك النّمطي (الإثارة الذاتيـة والاسـتجابات غيـر الهادفـة الموجهة نحو الذات) كذلك فإن المهارات الاجتماعية والإنفعالية للأطفال المعاقين بصريا تتـأثر تأثرا كبيرا بردود أفعال الآخرين نحوهم وأنماط تفاعلهم معهم فقد أشارت عدة دراسات إلـى أن الكفّاية الاجتماعية لدى هؤلاء الأطفال تعتمد على توقعات الآخرين منهم وبخاصة في المراحـل العمرية المبكرة (الخطيب والحديدي، 2004).

ولذلك فأن الطفل المعاق بصرياً بمقدوره أن يطور شخـصية متوازنـة مـن الناحيـة الإنفعالية، وذلك في ضوء ظروف تنشئته الوالدية وفي ضوء تنئشته في محيط الأسرة. وأيضاً عن طريق تواصله وتفاعله مع البيئة التي يوجد فيها، والأشخاص الذين يتعامل معهم. فكلا الوالـدين يقومان بدور مهم وجوهري في تكوين شخصية طفلهما، إذ يساعدانه على تكوين مفهومه عن ذاته، وبناء شخصيته المستقلة، والعيش في جو نفسي آمن بعيد عن القلق أو ما يثيـر التـوتر (عبيـد، 2000).

وأما عن النضج الاجتماعي للأطفال المعاقين بصرياً فقد وجدت الدراسـات التي تناولت الموضوع أن الأطفـال المعاقين بصرياً يحصلون على درجات أقـل من أقرانهـم المبصرين على مقياس النضج الاجتماعي، وأرجعت الدراسات ذلك إلى بيئة الطفل المعاق بصرياً وإلى ميل الوالدين إلى حـماية الطفل بـصورة زائـدة كما أشار ساكس (Sacks، 1996).

- **المهارات الحسّية:** (Sensative Skills)

إذا ما نظرنا إلى الطفل المعاق بصرياً فإننا نجده يدرك بيئته على نحو أقل تحديد من الطفل المبصر، ومن ثم يلجأ إلى الإعتماد على الحواس المتبقية لديه (السمع، الشم، اللمس)، حتى يتمكن من الحصول على قدر كاف من المعرفة وهو لا يقتصر على حاسة فقط دون أخرى، بل يعتمد على جميع أعضاء جسمه في البحث، حتى يكون بمقدوره الوصول إلى ما يفتقر إليه من معرفة، وذلك بإتباع طريقة يكاد ينفرد بها الأطفال المعاقون بصرياً وهي التآزر بين مجموعة الحواس المتبقية وأعضاء الجسم (سليمان، 2007).

إن كفّ البصر لا يتبعه نمو طبيعي أو زيادة تلقائية في الحواس الأخرى وما يلاحظ عند المعاقين بصرياً من حساسية فائقة في بعض حواسهم إنما يرجع في حقيقة الأمر إلى ما أتيح لهذه الحواس من فرص التّدريب، ومن ثّم فالتجربة والتركيز ينتجان استعمالاً أفضل ومهارة أكبر في استغلال الحواس كالشّم أو السّمع (نجدي، 2001).

وتعد حاسة السمع من أهم الحواس بالنسبة للطفل المعاق بصرياً، فعن طريقها يكتشف العالم المحيط به، ويتعّرف العديد من المعلومات المتعلّقة ببيئته من خلال التّمييز بين المثيرات السمعية المختلفة، التي تعتبر من أكثر المثيرات فاعلية لإحداث تواصل بين الطفل المعاق بصرياً وبيئته، كما أن حاسة السمع تمكن الطفل المعاق بصرياً من الحصول على المعلومات من خلال التواصل اللفظي، وتحافظ على بقاء الشخص على إتصال بالمظاهر الإجتماعية والمادية في البيئة (عبيد، 2000). كما تقدم حاسة اللمس العديد من المعلومات للمعاقين بصرياً حول خصائص الأشياء مثل الوزن والطول (مصطفى وعبد اللطيف، 2002)، كما تساعد حاسة الشم على إدراك الملاحظات حول عناصر البيئة المختلفة من بعيد وهي في ذلك

مماثلة لــحاسة الســمع، بــينما تســاعد حاسة التذوق في الاحتكاك المــباشر بمصادر الخــبرة (عبد الهادي، 2001).

إن تدريب الطفل المعاق بصرياً على استخدام الحواس الباقية أساس من أســس التكيّــف الاجتماعي للمعاق بصرياً، فالحواس هي الوسائل التي تحمل الخبرة للطفل، فعن طريقها يتــصل المعاق بصرياً ببيئته المحيطة، وعن طريقهــا يكتسب الخبرة والمعرفة، وتقوم كل حاسة بوظيفتها في تلقــــي المثيرات المختلفة فتساعده على التفكير وتكوين المفاهيم والمعاني (صبحي، 2000).

المهارات الحياتية (Living Skills):

إن فقدان فنيات مهارات الحياة اليومية، يفرض على الطفل المعاق بــصرياً الاعتماديــة، وينحصر الجانــب الأعظم من ألم هذا الفــقدان في هذه التبعية ذاتها، وفي مشــاعر الإدراك التي تتولد عنها، كما يمكن في هذه المواقف التي تتكــرر باستمرار أن تفرض علــى الطّفل المعــاق بصرياً أن يتذكر كفّ بصره وبالتالي شعوره بعدم الرضا (Sacks, 1996)، ويمكــن للأســرة والروضة تدريب الطفل على تنمية مهارات العناية بالذات (مثلا) في عدة مهارات مثل مهــارات اللبس، و الاهتمام بالمــظهر، وإعداد الطعام، وتنــاول الطعام والنظــافة العامة وتنــاول الدواء واستخدام الحمام (Yeng -Hung & Chein – Huey, 2005)، وقد صمم هــذا البرنــامج لمساعدة الطفل المعاق بصرياً على تنمية مهارات حياتيه اليومية والإستقلالية بأدائها بأكبر قــدر ممكن.

المهارات اللغوية (Language Skills):

يكتسب المعاق بصرياً اللغة المنطوقة ويتعلم الكلام بنفس الطريقة التي يتعلم بها المبصر، فكلاهما يعتمد على حاسة السمع والتقليد الصوتي لما يسمعه إلا أن المعاق بصرياً يعجز عن

الإحساس بالتعبيرات الحركية والوجهية المرتبطة بمعاني الكلام والمصاحبة له، والقصور في استخدامها كما أنه يختلف عن المبصر لاعتماده في طريقة كتابته وقراءته للغة المطبوعة على الحروف البارزة مستخدماً حاسة اللمس (القريطي، 2001)، كما تتأثر اللغة بالإعاقة البصريّة الشديدة فالأفراد يحتاجون حاسة البصر لكي يقوموا بتقليد حركات الفم لذلك فإن كلام الأطفال المعاقين بصرياً يمكن أن يتأخر (Porter, 2002).

ويشير عبد الرحيم وبشاى (1990) إلى أن تأثير الإعاقة البصريّة لا يتوقف عند حد التأثير على معدل نمو الكلام بل يمتد أيضاً ليشمل اكتساب معاني الألفاظ وتكوين المفاهيم.

وتذكر نجدي (2001) أن الطفل المعاق بصرياً يميل إلى الكلام مبكراً ولكن كلامه يكون مكرراً ويستطيع تكرار بعض الجمل بصفة مستمرة ولا يظهر الأطفال المعاقون بصرياً إدراكاً مبكراً مثل الأطفال المبصرين وذلك لعدم قدرتهم على الإبصار.

ويؤكد زيتون (2003) على أن الإعاقة البصريّة لا تؤثر على اكتساب اللغة لدى الفرد المعاق بصرياً حيث لا توجد فروق بين المبصرين والمعاقين بصرياً في طريقة اكتساب اللغة ولكن هناك فروقاً في طريقة كتابة اللغة، و يتميز المعاق بصرياً بارتفاع الصوت وقلة تغير نبرته.

ويلخص هالاهان وكوفمان (Hallahan & Kauffma) والمشار إليه في السّيد (2002) خصائص اللغة عند الأطفال المعاقين بصرياً في أنها أبطأ في معدلاتها من الأطفال المبصرين، وأن الطفل المعاق بصرياً يعاني كثيراً عند استخدام الضمائر والتي تحدث خلطاً واضطرابا شديداً، فضلاً عن أنه غير قادر على تنويع أو تنغيم الصوت، كما أن الأطفال المعاقين بصرياً أقل استخداماً لحركات الجسم والتعبيرات الوجهية والإشارات.

2ــ مهارات الحياة اليومية:

تتباين المهارات الحياتية اللازمة لحياة الإنسان نسبياً من مجتمع إلى اخر، إلاَ أنه نظـراً للتشابه في الجوانب الأساسية للإنسان والمجتمع، فإن هناك تشابهاً في بعض المهـارات الحياتيـة اللازمة للأفراد في المجتمعات الإنسانية، وبالوقت نفسه ونظراً لاختلاف الثقافـة عبـر الزمـان والمكان، نجد أن هناك إختلافاً في نوعية بعض المهارات الحياتية الأخرى، فعلى سبيل المثـال: يلاحظ أن مهارات العناية بالمهارات الشخصية وتنظيف المسكن أمر شامل في جميع المجتمعـات وعبر العصور، في حين تختلف بعض المهارات من زمن إلى اخر ومن مجتمع إلى اخر، مثـل التعامل مع الأجهزة الإلكترونية الآن والتعامل معها منذ نصف قرن مضى، وكذلك أساليب طهي الطعام تختلف من مجتمع إلى اخر. وعلى هذا النحو فإن تصنيف المهارات الحياتية قد يأخذ منحى إجتماعياً يرتبط بطبيعة المجتمع وخصائصه، كما يأخذ منحىً إنسانياً يرتبط بالإنـسان ومطالبـه الحياتية بغض النظر عن المجتمع الذي يعيش فيه (عمران وآخرون، 2001)

فالمهارات الحياتية التي يحتاجها الأفراد قد تختلف من فرد إلى أخر ومن مجتمع إلى أخر، كما تختلف من زمن إلى أخر إلا أنها في المجمل تساعد في إعداد الأفراد لمواكبة التّطور والتّقدم وتشبع حاجاتهم ورغباتهم وتساعدهم على التكيّف والتّفاعل مع البيئة المحيطة (الحايك والبطاينة، 2007).

وتتبنى حالياً الأنظمة التربوية في كثير من دول العالم مثل ماليزيـا وكوريـا الجنوبيـة وسنغافورة وكذلك أوروبا والولايات المتحدة، هذه الدول أخذت بأساليب تعلـيم مهـارات تعلـيم مهارات الحياة اليومية من خلال مواقف تربوية وإجتماعية وأنشطة مدرسـية تتـصل بالمنـاهج الدراسية من خلال مواقف حياتية خارج جدران المدرسة، ويرى بعض التربـويين فـي الـدول العربية أنه من الضروري أن تتنوع أساليب تعليم المهارات الحياتية لدى الأطفال فـي المدرسـة

الأساسية، تلك المهارات التي يمكن تطبيقها وتنميتها من خلال المناهج الدراسية أو الأنشطة المدرسية أو المواقف الحياتية إنطلاقاً من ثقافة الطفل (مصطفى، 2005). وهكذا نجد أنه من الضروري أن يتعلم الفرد المهارات الحياتية والإجتماعية التي تفرضها الثقافة السائدة والمتغيرات الحياتية في ضوء المتغيرات الزمانية والمكانية كي يستطيع تحقيق التكيف الملائم.

مفهوم مهارات الحياة اليومية:

تتعد المصطلحات التي تعبر عن مفهوم مهارات الحياة اليومية، إذ تذكر المراجع في هذا المجال مصطلحات مثل: مهارات الحياة اليومية، المهارات الاستقلالية، المهارات المعيشية. ومهما يكن من أمر هذه المصطلحات والتسميات، فإن مهارات الحياة اليومية تعتبر ركناً أساسياً في حياة كل من الأطفال العاديين والأطفال ذوي الإحتياجات الخاص بشكل خاص (الروسان وهارون، 2001).

ويشير مفهوم مهارات الحياة اليومية إلى السلوكات والمهارات الشخصية والإجتماعية اللازمة للأفراد للتعامل بثقة واقتدار مع أنفسهم ومع الآخرين والمجتمع (عمران وآخرون، 2001).

عرف بيهرمان (Behrman, 2005) المهارات الحياتية على أنها القدرة البدنية التي تساعد الطلاب على كيفية المحافظة على أجسامهم و أنفسهم في الوقت اللازم وتحقيق أهدافهم في الحياة.

وتعرف منظمة الصحة العالمية المهارات الحياتية بأنها القدرات التي تمكن الأفراد من القيام بسلوك تكيفيّ وإيجابيّ يجعلهم قادرين على التعامل الفعال مع متطلبات الحياة اليومية وتحدياتها (وزارة التربية والتعليم، 2007).

ويعرّف الباحث مهارات الحياة اليومية بأنها المهارات التي تمكن الطفل المعاق بصرياً من التكيّف بإيجابية في بيئته (المنزل، المدرسة، الشارع... إلخ) والتعامل مع متطلبات الحياة اليومية باستقلالية.

أهمية مهارات الحياة اليومية للطفل المعاق بصرياً:

إن الإنسان بقدرته على التفكير والتعلّم استطاع خلق الحضارة والتّغلب على الإعاقات ومواجهة المشكلات وبالتفكير والقدرة على التعلّم وإدراك أهمية التفاعل الناجح في مواقف الحياة اليومية على المستوى؛ الشخصي والاجتماعي يستطيع مواصلة نجاحه في رحلة الإنسانية الممتدة إلى أن يشاء الله.

خلال سنوات حياتنا يكتسب الإنسان منا العديد من الخبرات والمهارات الحياتية. وبمرور الزمن تتطور وتصقل هذه المهارات، ولكن مع وجود إعاقة مثل كف البصر يصعب تحصيل هذه الخبرات، ويقع الأهل والمعارف في حيرة عن كيفية رعاية وتوجيه ومساعدة الطفل المعاق بصرياً (Niemann & Jacob , 2000).

ومن هنا كانت أهمية إمداد الطفل المعاق بصرياً بالعلم الصحيح المرتبط باكتساب المهارات اللازمة لمعايشة الحياة، خاصة أن كثيرا من المواقف التي تصادفهم في حياتهم اليومية تتطلب مهارات تفكير أعمقَ مما يوجد في تفكيرهم الفطري، كما تتطلب مهارات عملية أعلى مقارنةً بالطفل العادي، فالعلم والمعرفة يساعدان الطفل المعاق بصرياً على الارتقاء إلى أقصى درجة ممكنة في تنمية مهارات الحياة اليومية، إلى جانب كثرة التدريب والمران على استخدام وتطبيق تلك المهارات الحياتية، يسهم مما لاشك فيه في زيادة تقبل الفرد لذاته وتقبل الآخرين له، ويثري خبراته بما يجعله أكثر إيجابية مع المواقف سواء تلك التي تتطلب تفكيراً ذهنياً فقط أو تلك التي تتطلب تفاعلاً عمليا ماديا.

وعلى الرغم من أننا يمكن أن نصادف أفرادا ذوي إعاقات بصرية حصلوا على مراتب علمية عليا ولكنهم في حاجة إلى من يساعدهم في اتخاذ قرارات مرتبطة بحياتهم الشخصية (كاختيار الملابس، الطعام، الأجهزة، الزوجة ..) وغالباً ما نجد هؤلاء يتعرضون للفشل في الحياة نتيجة عدم اهتمامهم بتنمية المعارف والمعلومات والمهارات المرتبطة بمعايشة مواقف الحياة اليومية.

ومن هذا المنطلق تأتي أهمية المهارات الحياتية للأطفال المعاقين بصرياً باعتبارها مهاراتٍ أساسيةً لا غنى عنها للطفل المعاق بصرياً ليس فقط لإشباع حاجاته الأساسية من أجل مواصلة البقاء، ولكن أيضاً من أجل استمرار التقدم وتطوير أساليب معايشة الحياة في المجتمع (عمران وآخرون، 2001).

وتتبلور أهمية مهارات الحياة اليومية ومدى الحاجة إليها في : مساعدة الطفل على النمو المتكامل مع المنهاج الدراسي ، ومساعدته على التواصل مع الأخرين والإستقلالية الذاتية في تأدية المهارات الحياتية ، لضمان حياة ناجحة وسعيدة (اللقاني، 2001).

تصنيف مهارات الحياة اليومية:

تصنف عمران وآخرون (2001) المهارات الحياتية إلى:

1- مهارات ذهنية ومن أمثلتها ما يلي: القراءة، الكتابة، الحساب، الاتصال، صناعة القرار، حل المشكلات، التخطيط لأداء الأعمال، إدارة الوقت والجهد، ضبط النفس والسيطرة على الانفعالات، إدارة الموارد البشرية وغير البشرية، ممارسة التفكير الناقد، ممارسة التفكير الإبداعي، إدارة مواقف الصّراع والتفاوض، إدارة مواقف الأزمات إدارة اقتصاديات الفرد والأسرة.

2- مهارات عملية ومن أمثلتها ما يلي: العناية الشخصية بأعضاء الجسم، العناية بالملبس، إعداد الملابس، إعداد الأطعمة، استخدام الأدوات والأجهزة، اختيار المسكن، ترتيب السكن، العناية بالأثاث المنزلي، العناية بالأدوات الشخصية، حسن استخدام موارد البيئة وترشيد الاستهلاك.

مظاهر مهارات الحياة اليومية:

تختلف المهارات الحياتية اللازمة لحياة الإنسان نسبياً من مجتمع إلى اخر، إلا أنه نظراً للتشابه في الجوانب الأساسية للإنسان والمجتمع، فإن هناك تشابهاً في بعض المهارات الحياتية اللازمة للأفراد في المجتمعات الإنسانية بصفة عامة، وفي الوقت نفسه و نظراً لاختلاف الثقافة عبر الزمان والمكان، نجد أن هناك اختلافاً في نوعية بعض المهارات الحياتية الأخرى.

وهكذا نجد أنه من الضروري على الفرد تعلم المهارات الحياتية والاجتماعية التي تفرضها الثقافة السائدة والمتغيرات الحياتية في ضوء المتغيرات الزمانية والمكانية كي يستطيع تحقيق التكيّف الملائم.

وتحدد عمران وآخرون (2001) مظاهر مهارات الحياة اليومية على النحو الآتي:

1- التنوع والشمول لكل من الجوانب المادية وغير المادية المرتبطة بأساليب إشباع الفرد لاحتياجاته ولمتطلبات تفاعله مع الحياة وتطويره لها.

2- الاختلاف من مجتمع إلى آخر تبعاً لطبيعة كل مجتمع ودرجة تقدمه وتختلف من فترة زمنية إلى اخرى.

3- الاعتماد على طبيعة العلاقة التبادلية بين الفرد والمجتمع وبين المجتمع والفرد ودرجة تأثير كل منهما على الآخر.

4- تعتمد مساعدة الفرد على التفاعل الناجح مع الحياة وتطوير أساليب معايشة الحياة.

ويعتقد نيومان و فليب (Newman & Philip, 1999) أن الأسرة تقوم بتقديم الرعاية والحماية للأبناء من خلال إطعامهم، والعناية بملابسهم، وتنظيفها وترتيبها، وتوفير اللعب للأطفال.

أهداف تعليم مهارات الحياة اليومية لأطفال المدرسة:

لكي يستطيع المعلّم تنفيذ برامج المهارات الحياتية في المرحلة الأساسية ينبغي عليه أن يكون على دراية كاملة بأهداف تعليم المهارات الحياتية في هذه المرحلة، حتى يتحقق النمو المتكامل والمتوازن للطفل عقلياً ونفسياً وجسمياً، وتربيته بالأساليب التربوية المعاصرة التي تنمي لديه القيم الاجتماعية والاتجاهات النفسية والعادات السلوكية السلمية.

وقد لخص مصطفى (2005) أهداف تعلم مهارات الحياة اليومية بما يأتي:

1- بناء الشخصية المتوازنة والمتكاملة لدى الطفل، وكذلك تحقيق النمو النفسي المتكامل واستثمار قدراته.

2- تنمية قدرة الطفل على حل المشكلات، والتي تتمثل في العمليات العقلية والحركية، ويتوقف حل المشكلات على عوامل عديدة تلك العوامل التي تتمثل في عمره الزمني ومستوى ذكائه، واستيعابه للحقائق والمعلومات التي تناسبه.

3- تهيئة المواقف التعليمية التي تنمي لدى الطفل القدرة على التفكير المنطقي السليم، وتهيئة الفرص أمامه لاكتساب خبرات جديدة، وإكسابه منظومة من المهارات والخبرات تهيئة للمرحلة اللاحقة.

4- تنمية الاتجاه العلمي لدى الطفل من خلال استخدامه للوسائط التكنولوجية المعاصرة بهدف تنمية مهارة التعلم الذاتي لديه، تحقيقا لنظرية التعليم المستمر.

5- تحسين مستوى فهم الطفل، واستيعابه للحقائق والمعلومات المرتبطة بالمناهج الدراسية أو المرتبطة بالتثقيف الذاتي.

6- التحفيز المعنوي والمادي للطفل وتفعيل استعداداته في الأداء والإنجاز والإبداع والابتكار والاستكشاف.

7- مساعدة الطفل على الاندماج في المجتمع واحترام قيم الجماعة والتفاعل مع الآخرين، وتدريبه على التكيّف الإيجابي في المجتمع، وغرس قيم احترام العمل وروح التعاون عن طريق الألعاب الجماعية.

8- تدريب الطفل على الاعتماد على نفسه في أموره الحياتية، وبخاصة الأمور التي تتعلق بالنظافة وممارسة السلوك الذي يحقق له النّمو السليم.

9- تدريب الطفل على الثقة بالنفس والمبادرة الذاتية، وتنمية قدرته على التعبير عن ذاته بحرية، وتنشئته على الاستقلال الذاتي في إطار من التوجيه الهادف.

10- تنمية القيم الأخلاقية والروحية واعتماد القدوة الحسنة لإكساب الطفل الأنماط السلوكية السليمة، وتهيئته للحياة في مجتمع يؤمن بالعمل الجماعي المنتج.

وقد أظهرت البحوث أنّ الأطفال حتى في الأعمار الصغيرة ابتداءً من سن خمس سنوات يمكن إدخالهم في تنمية المهارات الحياتية باستخدام تلك الأساليب (عبد المعطي ومصطفى، 2007).

ومن هذه الأساليب كما حددها مصطفى (2005):

أ. **المعلم يعرض المهارة**

- يحدد عنوان وموضوع المهارة التي يتدرب عليها الطفل.
- يُعرّف المهارة ويشرح أهميتها في المواقف الدراسية والحياتية للطفل.

- يتعرف الطفل على المهارة من خلال ذكر المعلم لأمثلة ونماذج لها لكي يسهل عليهم استيعابها.
- يوضح المعلم للطفل أن الهدف من تعلمها هو الافادة منها واستثمار عناصرها في المشكلات الدراسية أو المواقف الحياتية.

ب. المعلم يخطط ثم يشرح المهارة

- يشرح عناصر المهارة بذكر أمثلة من المنهج الدراسي أو من الأنشطة المدرسية حتى ييسر على الأطفال فهمها.
- يوضح كيفية استيعاب المهارة الذي هو بصدد شرحها للأطفال، وما هي الخطوات التي يجب اتباعها في أثناء تعلم هذه المهارة.
- يخطط لتعليم المهارة، ثم يوضح أساليب الحصول على المعلومات والبيانات المناسبة والمرتبطة بموضوع المهارة.
- يشرح قواعد وخطوات تطبيق المهارة مع تقديم أمثلة للأطفال من الموضوع الذي يقوم بتدريسه ويراعى أثناء عرض المثال ما يلي:
- تحديد هدف الأنشطة المرتبط بالمهارة.
- تحديد خطوات التنفيذ للمهارة.
- توضيح كيفية تطبيق خطوات المهارة.

ويفضل أن تكون أمثلة المعلم مرتبطة بموضوعات دراسية يألفها الأطفال أو من خلال خبراتهم الشخصية أو من خلال برامج الأنشطة المدرسية.

جـ. المعلم يوضح خطوات تطبيق المهارة

- يحدد المواقف التعليمية أو التربوية أو الحياتية المرتبطة بتعليم المهارة.

- يقوم الأطفال بالتنسيق مع المعلم بوضع تخطيط لمواقف تساعدهم على اكتساب المهارة.
- تفاعل الأطفال مع عناصر المهارة مثل استدعائهم للمعلومات التي اكتسبوها من خلال مصادر التعلم المطبوعة وغير المطبوعة أو من خلال خبراتهم السابقة.
- يطرح على الأطفال أسئلة لقياس مدى استيعابهم وفهمهم لمضمون المهارة.
- يمنح مساحة كافية من الحرية للأطفال للتعبير عن وجهات نظرهم تجاه المهارة ومدى الافادة منها.

د. التطبيق العملي للمهارة

- يقوم المعلم بتقسيم الأطفال على شكل مجموعات، ثم يقوم بالمتابعة المستمرة لهم بهدف مساعدتهم في حالة وجود صعوبات لدى البعض منهم في أثناء تعلمهم المهارة.
- يقوم المعلم بمراجعة الخطوات التي تم استخدامها في تنفيذ المهارة.
- يقوم كل طفل بتطبيق المهارة التي استوعبها بإشراف ومتابعة المعلم.
- يكلف المعلم الأطفال بتطبيق المهارة على مهمة أخرى مشابهة للمثال الذي عرضه قبل ذلك باستخدام نفس الخطوات.
- يراجع المعلم خطوات التنفيذ أو التطبيق بشكل مستمر كالآتي:
- مراجعة خطوات تنفيذ المهارة والقواعد التي تحكم استخدامها.
- عرض المجالات الملائمة لاستخدام المهارة.
- تحديد العلاقات بين المهارة موضوع الدرس والمهارات الأخرى التي اكتسبها الأطفال.
- التحقق من مدى الافادة من المهارة في المناهج الدراسية أو في المواقف الحياتية اليومية.
- استخدام الوسائل التعليمية والوسائط التكنولوجية في أثناء تعليم المهارة.

ومن بعض أساليب التدريس التي يمكن لمعلم التربية الخاصة استخدامها في تــدريس مهــارات الحياة اليومية للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة .

1-أسلوب تحليل المهمات : وتأتي أهمية هذا الأسلوب في تسهيل المهمة التعليمية أمام المتعلم من قبل المعلم ، فهو يعمل على تجزئة المهمة التعليمية إلى خطوات متتابعة يسهل تعلمهــا حيــث لا ينتقل المتعلم من خطوة إلى أخرى إلاّ بعد إتقان الخطوة السابقة بنجاح ، ويعتبر أســلوب تحليــل المهمات من الأساليب التدريسية المناسبة وهي الخطوة الأولى في تحقيق التدريس الفعال . وقد قام الباحث بتحليل بعض المهارات اعتماداً على ممارسته تلك المهارة بنفسه ثــم يكتــب خطــوات تسلسلها أو استرجاعه عن طريق التذكر لتسلسل خطوات تلك المهارة .

2-أسلوب تشكيل السلوك : يعتبر هذا الأسلوب من الأساليب التدريسية الفعالة في تعليم الأطفــال ذوي الاحتياجات الخاصة ، ويعّرف بأنه ذلك الإجراء الذي يعمل على تحليل السلوك إلى عدد من المهمات الفرعية وتعزيزها حتى يتحقق السلوك النهائي ، وتبرز أهمية هذا الأسلوب عندما تصدر عن الكائن الحي استجابات متتابعة تشكل مايسمى بالسلوك الكلي والذي يتم تحليله إلى عدد مــن المهارات الفرعية.

3-أسلوب الحث : يعرّف أسلوب الحث على أنه ذلك الأسلوب الذي يتضمن تقديم مثير تميــزي يحفز المتعلم على القيام بالاستجابة المطلوبة وخاصة إذا تضمن إسلوب الحث المعزز المناسب في بداية عمل المتعلم ، ويشتمل إسلوب الحث على ثلاثة أنواع (اللفظي ، الإيحائي ، الجسمي).

4-أسلوب تقليل المساعدة التدريجي : وهو ذلك الأسلوب الذي يتضمن تقليل تقــديم المــساعدات اللفظيه والإيحائية والجسمية للطفل تدريجياً كي يعتمد المتعلم على نفسه في أداء المهارات المتعلمة ، ومن المناسب استخدام أسلوب تقليل المساعدة التدريجي بعد تعلم المهارة أو بعد تحقيق الــسلوك النهائي حتى لا يعتمد المتعلم على المعلم (الروسان وهارون، 2001).

1- التدخل المبكر

تقوم فكرة التدخل المبكر على قاعدة مهمة وهي (أن تجنب حدوث المشكلة يكـــون أكثـــر فاعلية من محاولة تصحيح مشكلة حاصلة)، أي أنه إذا تم تحديد الأطفال المعرضين لخطر الإعاقة وتوفير الخدمات التي يحتاجونها في وقت مبكر من حياتهم فإنه يمكن تجنب الكثير من المـــشاكل اللاحقة. وتأتي أهمية التدخل المبكر في أنها تساعد على تشجيع نمو المهارات الجسمية والحركية والمعرفية واللغوية والإجتماعية ومهارات الحياة اليومية للأطفال من الميلاد وحتى سن الـــسادسة من العمر، كما أنها خفضت إحتمالية ظهور المشاكل اللاحقة وحدت من مـــضاعفاتها وســـاعدت الأسرة في تشجيع نمو واستقلالية أطفالهم (زريقات، 2009).

ونتيجة لفوائد التدخل المبكر فقد اتسع انتشاره في جميع الدول ومع جميع أنواع الإعاقات حيث أصبح من السمات المميزة لأي مجتمع متحضر يهتم بأبنائه العاديين عامة والمعاقين خاصة (شقير، 2002). وعلى الرغم من توافر مختلف أشكال القناعات اللازمة لتطوير وإعداد بـــرامج التدخل المبكر، فإن ما قامت به مختلف الدول النامية من إجراءات في هذا المجال يعتبر محـــدوداً وقاصراً وذلك بسبب محدودية المعطيات الفنية وعدم توافر الإمكانات المادية و الكوادر اللازمـــة لتخطيط وتنفيذ مثل هذه البرامج (الخطيب والحديدي، 1997).

وتدل المؤشرات على أن خدمات التدخل المبكر في الأردن بشكل عـــام لا ترقـــى إلـــى مستوى التطلعات ولا تصل إلى نسب ضئيلة ممن يحتاجونها. فالتنسيق عبر المؤسسات المختلفـــة لغايات التمويل وتقديم الخدمات ضعيف سواء أكان ذلك بين المؤسسات التي تقدم خدمة للأطفـــال دون السادسة من العمر أم غيرها من المؤسسات الطبية والاجتماعية الموجودة في الأردن، كما أنه ليس من السهل على الأسرة أن تحصل على خدمات لأطفالها حالما تشعر بالحاجة إليها، فالأسر لا تعرف إلى أين تلجأ للحصول على خدمات إما لعدم توفر خدمات أو لقلة الوعي، وغالباً ما يضيع

الكثير من الوقت والجهد في التنقل من طبيب إلى اخر دون التحويل إلـــى البـــرامج أو المراكـــز المعنية بتقديم الخدمات المطلوبة للطفل والأسرة، بالتالي فإنّ هناك حاجة ملحة إلى تطوير وتوسيع خدمات التدخل المبكر في الأردن، بحيث تصل إلى نسبة أكبر ممن يحتاجون الخدمة، وتكون أكثر فاعلية وكفاءة في العمل مع الأطفال والأسرة (عقروق، 2006).

المفاهيم والمبادئ الأساسية في التدخل المبكر

يشير مفهوم التدخل المبكر إلى خدمات التربية الخاصة المقدمة للأطفال من الميلاد حتـــى سن خمس سنوات، ويتألف التدخل المبكر من مدى واسع من الخدمات التربوية والغذائية ورعاية الطفل ودعم الأسرة والتي تهدف جميعها إلى خفض تـــأثيرات الإعاقـــة المفترضـــة (زريقـــات، 2009).

ويعرف مصطلح التدخل المبكر بأنه " مجموعة الخدمات الصحية، والتربوية والاجتماعية التي تقدم بهدف مساعدة الطفل وأسرته في أوقات الشدة والأزمات التي تنجم عن كـــون الطفـــل متخلفا عن الأطفال الآخرين"(الخطيب، 2003). كما تعرف الموســـوعة الأمريكيـــة للمعلمـــين والمـــربين (American Educator Encyclopidia) تربيـــة الطفولـــة المبكـــرة (Early Childhood Educator) والمشار إليها في زريقات (2009) بأنها مستوى رسمي في التعلـــيم يقدم إلى الأطفال الصغار وأطفال دون سن المدرسة بما في ذلك الروضة.

ويعرف دنست (Dunst, 2000) أن التدخل المبكر هو عملية دعم للأسر والأطفال مـــن خلال شبكات الدعم الرسمية وغير الرسمية، وذلك لتحسين أداء الطفل والأسرة بشكل مباشـــر أو غير مباشر.

ويحدد فوجن وبوس وسكام والمشار إليهم في (الزريقات، 2009) المعايير التي تشير إلى الأطفال الذين يحتاجون مساعدة ودعم، وهي على النحو الآتي:

1. حالات صحية مشخصة بإحدى فئات الإعاقة مثل الإعاقة البصرية والسمعية وغيرها.
2. تأخر نمائي يؤثر على تنفيذ أنشطة مهارات الحياة اليومية.
3. الأطفال المعرضون للخطر ولكنهم لا يظهرون الإصابة بالإعاقة أو التأخر النمائي.

فالتدخل المبكر إذن معني بتقديم خدمات متنوعة؛ طبية وتأهيلية وتربوية واجتماعية ونفسية للأطفال دون السادسة من العمر، الذين يعانون من إعاقة معينة أو تأخر نمائي أو لديهم استعداد للتأخر النمائي ولذلك نجد برامج التدخل المبكر متضمنة لمدى واسع من الخدمات المتكاملة والشاملة.

إعداد الكوادر العاملين في برامج التدخل المبكر:

تعد عملية إعداد وتدريب الكوادر العاملة في برامج التدخل المبكر تحديا حقيقيا للبرامج، إذ إن فاعلية البرامج تتأثر بدرجة كبيرة بكمية ونوعية تدريب وتعليم أعضاء الفريق، بالإضافة إلى أن الطبيعة الخاصة ببرامج التدخل المبكر تقتضي وجود تدريب خاص للعاملين بهذا المجال. ويشير الخطيب والحديدي(2004) أن أهم المجالات المعرفية الضرورية للعاملين بمجال التدخل المبكر، هي:

1- فهم مظاهر النمو الطبيعي في مرحلة الطفولة المبكرة سواء النواحي العقلية أو اللغوية (الإستقبالية والتعبيرية) أو الحركية (المهارات الكبيرة والمهارات الدقيقة) أو الإنفعالية- الإجتماعية والشخصية.

2- القدرة على تطبيق أدوات التقويم الرسمي وتفسير نتائجها.

3- القدرة على العمل ضمن فريق متعدد التخصصات.

4- القدرة على تفهم وتلبية الفروق الفردية بين الأطفال.

5- القدرة على إرشاد الأسرة وتدريبيها.

6- القدرة على تصميم وتنفيذ الأنشطة التعليمية الفردية والجماعية للأطفال الصغار في السن.

7- القدرة على تقويم حاجات الأطفال وأسرهم باستخدام الأساليب غير الرسمية مثل الملاحظة والمقابلة.

8- القدرة على تجنيد وتدريب مساعدي المعلمين والمتطوعين والمتدربين وغيرهم لدعم برامج التدخل المبكر.

9- القدرة على صياغة أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى في مجالات النمو والتعليم قبل المدرسي المختلفة.

10- القدرة على تنظيم البيئة التعليمية للأطفال على نحو يشجعهم على التواصل والاستكشاف.

مبررات عملية التدخل المبكر:

إن الرسالة التي تمخض عنها تحليل الدراسات العلمية مفادها أن التدخل المبكر ذو جدوى وأنه كلما كان التدخل مبكراً كانت الفوائد بالنسبة للأطفال وأسرهم أكبر، وقد أسدلت هذه النتائج الستار على الإعتقاد الذي كان سائداً في السابق ومفاده أن نمو ظاهرة ثابتة لا يمكن تغيرها. فالحقيقة هي أن التدخل المبكر له ما يبرره.

وترجع مبررات التدخل سواء على الصعيد التربوي أو العلاجي كما حددها (الخطيب والحديدي، 2004) إلى مايلي : تعد السنوات الأولى أهم السنوات في عمر الطفل لأن الدماغ ينمو في هذه المرحلة أكثر من أي مرحلة أخرى وكذلك تتصف الأنماط العصبية في هذه المرحلة بالمرونة وقابليتها للتغير ، ولأن مظاهر النمو مترابطة فإن الحد من أي مشكلة يساعد في

تطوير باقي المظاهر ، وأيضاً فالتدخل المبكر غالباً يمنع من ظهور المشاكل الثانويـــة ، وأيـــضاً يساعد الأسر على التكيف من خلال الدعم المادي والمشاركة الفاعلة مع فريق التـــدخل المبكـــر ويساعد المجتمع على دمج هذه الفئة فيه وبالتالي تقليل النفقات (له جدوى إقتـــصادية) ويـــساعد أيضاً على زيادة الوعي بالإعي بالإعاقة والحد من انتشارها .

وتشير الدلائل إلى أن التدخل المبكر الشامل والمكثف يعود بفوائد عدة علـــى كـــل مـــن الأطفال والأسر والمجتمع. حيث إن برامج التدخل المبكر تعد برامج ذات جدوى إقتصادية وجهد مثمر حيث تساعد في التقليل من النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصـــة اللاحقـــة، وقـــد أظهرت التجارب العلمية إلى إمكانية التخفيف من المشكلات اللاحقة إذا ما قدمت الخدمات للطفل بشكل مبكر ومباشر.

تقديم خدمات التدخل المبكر للأطفال المعاقين بصريا.

تقدم خدمات التدخل المبكر من خلال خدمات التربية الخاصة وتتألف من تعليم خاص، عـــلاج خاص، يصمم لمساعدة الطفل المعاق بصريا دون مرحلة ما قبل المدرسة علـــى تحقيـــق أفـــضل مستوى ممكن من النمو. وتهدف هذه التدخلات على تنمية قدرات الطفل المعاق بـــصريا، وبنـــاء أساس قوي للتعلم يأتي لاحقا، فالخدمات التربوية الخاصة والخدمات العلاجية الخاصـــة، تـــصمم لتحقيق الحاجات الخاصة وتشتمل هذه الخدمات على خدمات مقدمة من قبل أخصائي البـــصريات وأخصائي العلاج النطقي أو أخصائي العلاج الطبيعي والوظيفي والخدمات الإرشـــادية للأســـرة، ويقدر أنما نسبة 80 % من التعلم يأتي من خلال الإبصار، فالأطفال المبصرون يتعلمـــون عـــن العالم المحيط بهم من خلال الإبصار، وبملاحظة ما يقوم به الأفراد وما يحدث في الأماكن مـــن

حولهم، فهم يشاهدون أمهاتهم أثناء إعداد الطعام وغير ذلك من الأنشطة اليومية التي تحدث كل يوم بالمنزل أو خارجه وأيضا فإن الأطفال المعاقين بصريا يبدؤون بالتعلم عن عالمهم منذ الولادة، إلا أن الإعاقات البصريّة تحدد خبرات التعلم، فهي تحدد التعلم التي توفره الفرص التي تتاح، وبالتالي تكون الفائدة من هذه الخبرات محدودة، ومع ذلك فإن اعتماد الأطفال المعاقين بصريا على حواس السمع واللمس والشم والتذوق يساعدهم في التعلم وتعويض ما خسروه بسبب فقدان البصر، لذلك فإن الأباء والمعلمين عليهم تشجيع استخدام حواسهم الأخرى لتحقيق أفضل درجة ممكنة من التعلم. والتدخل المبكر مهم للأطفال المعاقين بصريا وأنه من خلال التعليم والخدمة فإن الأطفال يتعلمون أفضل مستوى من التفاعل مع العالم واستعمالٍ أفضلَ للحواس وبالتالي تقليل التأخر في التعلم (زريقات، 2009).

نماذج من تقديم خدمات التدخل المبكر.

يعتمد اختيار مكان تقديم خدمة التدخل المبكر على مجموعة من العوامل منها: عمر الطفل، البيئة التي تسكن فيها الأسرة، نوع وشدة الإعاقة التي يعاني منها الطفل ، والخدمات المتوافرة في المجتمع.

أما نماذج تقديم الخدمة فهي:

1-الخدمة في المنزل:

تقدم خدمات التدخل المبكر للأطفال والأسر في منازلهم، حيث يقوم أخصائيّ أو مدرب أو معلم أسري بزيارة الأسرة من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعيا، ويقدم التدريب لأفراد الأسرة الذين سيقومون بأداء دور المعلم والمدرب الرئيس للطفل، وتتدرب الأسر على أنشطة وتدريبات محددة وهادفة تنفذ لمساعدة الطفل في تحقيق أهداف واضحة، ومن إيجابيات هذا الأسلوب أنه أقل تكلفة من الخدمة المقدمة في المراكز، ويقدم الخدمة في البيئة الطبيعية للطفل، وغالبا ما يكون الاختيار

المفضل للأطفال دون عمر السنتين أو للأطفال والأسر في المناطق الريفية والنائية التـــي تتعـــذر فيها المواصلات، أما سلبيات هذا النموذج فهي تتمثل في عدم قدرة بعض أولياء الأمـــور علـــى تدريب أطفالهم بشكل فعال، وتوقع قيام أولياء الأمور بعمل كثير، وعدم أخذ قسط كافٍ من الراحة بسبب بقاء الطفل في البيت، ووضع قيود على الفرص المتاحة للطفل للتفاعل الخارجي، كذلك فإن انتقال المعلمات الأسريات من منزل إلى آخر يستغرق أوقاتاً طويلةً وقد ينطوي على بعض الصعوبات الخاصة (الخطيب والحديدي، 2004).

2- الخدمة في المركز:

يلتحق الطفل بالمركز يوميا أو لعدد معين من الأيام في الأسبوع، ولمدة (3-5) ساعات يوميا ويقوم فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ خدمات التدخل المبكر داخل المركز، وهناك تواصل وتنسيق مستمر ما بين المركز والأسرة من خلال الهاتف ودفاتر الملاحظات والاجتماعات الدورية، كما يطلب من الأم أو مقدم الرعاية بالمنزل التواجد لفترات محددة خلال تدريب الطفل أو طيلة فترة بقائه بالمركز، وذلك لملاحظة الطفل ومتابعة تنفيذ الأنشطة التدريبية، وبعض المراكز تقدم تدريبياً إضافياً للأسر من خلال اللقاءات الجماعية والدورات المنظمة.

من ميزات هذا الأسلوب أنه يوفر الخدمات الشاملة من قبل أخصائيين مـــؤهلين، ويـــوفر فرص التفاعل الاجتماعي للأطفال وفرص التقاء الأسر وتسهيل الدعم فيما بينهم، ويعتبـــر هـــذا النوع من الخدمة الأسلوب المفضل للأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين سنتين أو ثـــلاث إلـــى ست سنوات. ومن سلبيات هذا النموذج كلفة التنقل إلى المراكز، وفترات الـــسفر الطويلـــة فـــي الذهاب إلى المركز والعودة إلى المنزل، إقامة علاقة محددة مع الآباء، والكلفة العالية والمسؤولية العالية الملقاة على فريق العمل وكلفة الخدمة (الزيقات، 2009).

3- الخدمة في المنزل والمركز معا:

تبعا لهذا النموذج يلتحق الطفل بالمركز لأيام محدده في الأسبوع أو لفترة زمنية معينـــة، ويقوم أخصائي بزيارة الأسرة والطفل بالمنزل بشكل دوري وحسب الحاجة، أو قد تقدم الخدمة في المنزل للأطفال وهم دون سن السنتين من العمر، ثم في المركز عندما يـــصبحون أكبـــر عمـــراً (الخطيب والحديدي، 2004).

إن هذا النموذج يسمح بتلبية حاجات الأطفال والأسر بمرونة وفردية أكثر، وغالبا ما نجده في البرامج التي تنظم على نطاق واسع وشامل(Briggs, 1997).

4-التدخل المبكر في المستشفيات (Hospitals Early Intervention):

يستخدم هذا النموذج لتقديم الخدمات للأطفال الصغار في السن الذين يعانون من مشكلات وصعوبات نمائية شديدة جداً، تتطلب إدخالهم بشكل متكرر أو لفترات طويلة إلـــى المستـــشفى، ووفقاً لهذا النموذج يتم تدريب ومعالجة الأطفال على أيدي فريق متعدد التخصصات غالبـــاً مـــا يشمل أطباء الأطفال والمعالجين الطبيعيين والأخصائيين النفسيين وأخصائي التربية الخاصة، ومن الأمثلة الواضحة على حالات الإعاقة التي قد يكون هذا النموذج ملائماً للتعامل معها الإصـــابات الدماغية (الحديدي والخطيب، 2004)

ويخدم هذا النموذج أعداداً كبيرة من الأسر من مناطق ممتدة ومحيطة بالمستشفى، أمـــا الفترة التي يبقى فيها الطفل بالبـــرنامج فهي محدودة نسبياَ (Case-Smith & Wavrek, 1998).

إن إقامة الطفل في المستشفى لفترة طويلة بعد الولادة غالباً ما تؤثر على علاقته بوالديه ، كمـــا أن غياب التواصل البصري يؤخر التفاعل بين الوالدين وطفلهم، وهنا يبرز دور أخصائيي التربية الخاصة المبكرة الذين يسهمون في مساعدة الآباء من خلال تقديم التدريب المناسب لهم الذي يعمل على تقوية الروابط بين الوالدين وطفلهم (Ferrell & Raver & Stewart, 1999).

5- التدخل المبكر من خلال الاستشارات:

تقوم الأسرة والطفل من خلال هذا البرنامج بزيارات متكـررة للمراكـز لمتابعـة أداء أطفالهم ومناقشة القضايا المهمة المتعلقة بتطوره . (Case-Smith & Wavrek, 1998).

ويمكن الإلتقاء بأولياء الأمور فردياً أو في مجموعات وغالباً مـا يقـدم فريـق متعـدد التخصصات خدمات للأطفال ذوي الإعاقات المختلفة وفقاً لهذا النموذج. ومن أهم خصائص هـذا النموذج أنه يوكل مهمة التدريب إلى أولياء الأمور (الخطيب والحديدي، 2004).

و يقترح ماكدونل وهاردمان (Mcdonnel & Hardman, 1998) علـى أن تحتـوي برامج التدخل المبكر على مدى كبير من الخدمات و سهولة الإجراءات المقدمة للأسرة والطفـل لتلبية الحاجات الفردية للطفل ، وتوفير بيئات طبيعية ليتفاعل الطفل ذو الإحتياجات الخاصة مـع أقرانه العادين .

تقويم البرنامج:

إن التقويم البرامجي في مجال التدخل المبكر يسعى إلى الارتقاء بمستوى الخـدمات المقدمـة، وهو يأخذ شكلين رئيسين هما : تقييم النتائج (الفاعلة) أو تقييم العمليات والنشاطات، بالنسبة لتقيم النتائج فهو يهدف إلى تحديد التأثيرات التي تنجم عن تلقي خدمات التدخل المبكر، وفي هذا النوع من التقييم البرامجي يتم جمع البيانات للتعرف على التغيرات التي طـرأت علـى أداء الأطفـال وأسرهم بعد المشاركة في البرنامج، وينبغي على القائمين على برامج التدخل المبكر أن يجـروا دراسات مقارنة بين أداء الأطفال الذين شاركوا في البرنامج والأطفال الذين لم يشاركوا فيه .

وتشمل هذه الدراسات في العادة البحوث الميدانية، في هذه البحوث يتم تعيـين الأطفـال المعاقين الذين يتمتعون بخصائص محددة إلى مجموعتين إحداهما تتلقى خدمات البرنامج المـراد

تقييم فاعليته والأخرى لا تتلقى خدمات التدخل المبكر وبالتالي تتم مقارنة فاعلية برنـــامج تـــدخل مبكر معين بفعالية برامج أخرى.

أما تقييم العمليات والنشاطات فهو يتضمن تحليل أهداف البرنامج وغاياته، وتحديد مـــدى ملاءمة نشاطات البرنامج لتحقيق تلك الأهداف وأهم تلك الأهداف هو تطوير مـــستوى الخـــدمات التي يقدمها البرنامج (الحديدي والخطيب، 2004).

نماذج من البرامج العالمية والعربية للتدخل المبكر للأطفال المعاقين بصرياً:

1- برنـــامج هيدســـتارت للأطفـــال المكفّـــوفين (Head Start Program for blind children) يعد هذا البرنامج متكامل الجوانب المختلفة وذلك يعنى بحاجات الأطفـــال المعرفيـــة والوجدانية والحس حركية ويساعد في إعداد كل طفل للنجاح مستقبلاً في الخبرات المدرسية، ولقد كان الأساس في التخطيط لهذه البرامج هو إشباع حاجات الأطفال المتعددة، وتعـــويض جوانـــب النقص فيها، وتحقيق تكامل النمو الجسمي والحركي والعقلي والاجتماعي والنفسي، وبرامج (الهيد ستارت) التي قام بإعدادها براين (Brien, 1992) الخاصة بأطفال ما قبل المدرسة المكفّـــوفين وتعتمد في تخطيط على أساس إشباع الحاجات الفردية للطفل الكفّيف وتعويض جوانب النقص لديه وتركز الأنشطة والمواقف والممارسات التربوية المستخدمة في هذا البرنامج على إكساب الأطفال الآخرين في مواقف اللعب، لكي يصل كل منهم إلى التوافق الاجتماعي ويتمكن مـــن المـــشاركة الإيجابية ويكتسب السلوكات المناسبة لكل موقف، ولذلك تعتمد برامج الهيد ستارت (Head Start)على بناء برنامج فردي لكل طفل في ضوء حاجاته الفردية، كما تتبنى هذه البرامج فكرة دمـــج الطفل المعاق مع الطفل العادي ويعمل مع الطفل في هذه البرامج فريق عمل مكـــون مـــن معلـــم التربية الخاصة، معلم مساعد، أخصائي تخاطب، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي، الطبيـــب، أخصائي العلاج الطبيعي، ويقوم هنا فريق بوضع برنامج فردي لكل طفل من خلال مجموعة من

الخطوات هي: الملاحظة لكل طفل خلال الأنشطة لتحديد نقاط القوة والـضعف عنـده، صـياغة أهداف بناء على ما تمت ملاحظته، اختيار أنشطة الفصل وطرائق التدريس الملائمة والتي تؤدي بالطفل إلى تحقيق الأهداف الإجرائية، عرض خطة العمل مع الطالب ومناقشتها مع والديه، التقويم المستمر من خلال الملاحظة للوقوف على مدى تطور الطفل وإعادة صياغة أهداف جديدة كلما احتاج الأمر، ويقدم البرنامج العديد من الأنشطة التي تساعد على النمو في جميع الحالات وهي:

– الأنشطة الحركية مثل التوازن والتدحرج، أنشطة العلاقات المكانية التي تساعد على اسـتخدام الأصوات والمثيرات التي تدل على المسافة لمعرفة موقعه ولتعرف كيف يجد طريقه إلى مكان ما.

– أنشطة تدريب الحواس والتي تشمل اللمس والشم والتذوق والسمع.

– ألعاب الدائرة التي تنمي القدرة على المشاركة وعلى اتباع التعليمات وتكـوين علاقـات مـع الأقران.

وتعتمد برامج (Head start) أيضاً على إشراك الوالدين في عملية تعليم الطفل حيث أن الوالدين يقومان بالعديد من الأدوار منها، الاشتراك في التخطـيط للبرنـامج الفـردي للطفـل، والاشتراك في الأنشطة التي تتم في الفصل، والقيام بالأنشطة المنزلية التي يحددها المعلم للطفـل وتعمل على تحقيق الأهداف الموضوعة له في برنامجه الفردي (Brien, 1992).

2– برنامج مدرسة كولورادو للصم و المكفّوفين (Colarado School Program for the Deaf and the Blind) يعنى البرنامج بتقديم خدمات للطفل المعاق بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة.

ويهدف إلى الوصول إلى أقصى قدر ممكن من إمكانات الطفل، ويتم تدريبـه فـي بيئـة تربوية تعمل على تشجيع القدرات الفردية لكل طفل معاق بصرياً بما يساعده علـى تحقيق النجاح في مجالات النمو المختلفة والتكيّف مع إعاقته،و يتلقى الطفل برنامجاً فردياً وجماعياً أما البرنامج الفردي فيشمل على المجالات التالية: التنقل والحركة ، برايل ، الأبيكـاس ، مهـارات الحيـاة

اليومية ، المهارات الأكاديمية ، وأما البرنامج الجماعي فيشمل على :الموسيقى ، الرحلات . ويعمل فريق العمل على التأكد من سلامة الأطفال وإتاحة الفرص أمامهم للتفاعل مع الأقران وعناصر البيئة (Colarado School, 2000).

3- برنامج مدرسة أوفر بروك للأطفال المكفّوفين (Over Brook School for the Blind Children) تأتي أهمية هذا البرنامج المعد لمرحلة ما قبل المدرسة، أنه يقوم بدمج الطفل الكفّيف مع الأطفال المبصرين في نفس سنه، وتقوم فلسفة البرنامج على أن الأطفال يتعلمون من خلال اللعب ، لذلك يتم تعليمهم المواضيع الأكاديمية والمهارات المختلفة من خلال بيئة اللعب و تكون هذه البيئة التربوية مصممة بحيث تكون مثيرة و مرحة ومشجعة على الإبداع، فالأطفال يقومون برحلات وزيارات استكشافية، ويشتركون في مسابقات، ولكن بالإضافة إلى ذلك تتاح الفرصة أمام الأطفال لتعلم المهارات الخاصة التي سوف تساعدهم على النجاح مستقبلاً وعلى الاعتماد على الذات ويركز البرنامج على مهارات الحياة اليومية (اللبس، إعداد الطعام...... إلخ) ، المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة، مهارات اللغة والتواصل ، تدريب الحواس، الرياضة ، الموسيقى، التنقل و الحركة ومبادئ الكمبيوتر، المهارات الأكاديمية (الهجاء، القراءة، الحساب، العلوم) ، ويشترك الوالدان في البرنامج وذلك بالقيام بالاشتراك في تقويم الطفل دورياً والاتصال الدائم للوقوف على مستوى تطور الطفل كما أشار لين (Lynne, 2000).

4- برنامج البورتج (Portage Program)

يشير هذا البرنامج إلى تدريب وتثقيف أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة الأطفال وهو في بعض جوانبه برنامج وقائي يتناول المراحل المبكرة من بعض حالات الإعاقة ويقدم للحد من أثرها على الطفل والعائلة، وهو يعتمد على بناء برنامج فردي لكل طفل في ضوء حاجاته الفردية، ويقوم البرنامج على أساس تقديم الخدمة للطفل من حيث التدريب وهو في منزله وبين

أسرته، وهو يتناول الأطفال من سن (0–9) (أي منذ الولادة إلى سن تسع سنوات) وتعمل مع الطفل في تطبيق البرنامج فتيات يسمين بالزائرات المنزليات وهن مدربات على هذا العمل. ويقدم البرنامج العديد من الأنشطة منها:

مجال العناية بالذات (المساعدة الذاتية)، المجال الإدراكي، المجال الاجتماعي، المجال الإتّصالي المجال الحركي. وقد اشتهر هذا البرنامج عالمياً حيث طبق في أمريكا عام (1964) وانتقل إلى انجلترا عام (1970) وبعدها إلى اليابان والشرق الأوسط. وبدأ العمل بالبرنامج في الأردن عام 1997 تحت مظلة الصندوق الهاشمي وبدعم من مجلس الطفولة العربي. ويقدم البرنامج خدماته حالياً من خلال ثلاث مؤسسات في عمان هي: جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية، جمعية البنيات للتربية الخاصة، جمعية الأهالي وأصدقاء المعاقين. كما تقدم خدمات البورتج في مناطق مختلفة في المملكة (عقروق، 2006).

5– منهاج الشارقة للتدخل المبكر

تقوم فلسفة هذا المنهاج على توفير دليل تعليمي يتضمن أهدافاً قابله للقياس تتضمن مناهج تربوية فردية للأطفال المعاقين من الميلاد حتى سن السادسة (0–6) ويتضمن هذا المنهاج دليلاً عملياً لتدريب العاملين في مراكز التدخل المبكر والآباء والأمهات بمعلومات مفيدة عن الخصائص النمائية الحركية والحسية واللغوية والاجتماعية في مرحلة الطفولة المبكرة، وتوضيح الطرق المناسبة لتعلم المهارات (مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، 2003).

6–برنامج جمعية الحسين للتدخل المبكر

هو أحد برامج جمعية الحسين لذوي التحديات الحركية، ويقدم الخدمة منذ عام 1999 للأطفال ذوي التحديات الحركية بمرحلة الطفولة المبكرة (دون سن السادسة من العمر) على أساس العمل داخل المركز. يتلقى الأطفال دون الثالثة من العمر الخدمة بشكل جلسات علاجية وتدريبية فردية أما الأطفال ما بين الثلاث والست سنوات فيلتحقون بالبرنامج بالبرنامج لدورة

مدتها ستة أسابيع، بمعدل يومين أسبوعياً وبواقع ثلاث ساعات لليوم الواحد، ثم ينقطعــون عــن الخدمة لفترة معينة لإفساح المجال لأطفال آخرين للإلتحاق بالبرنامج، قد يشترك الطفــل بــدورة واحدة أو أكثر حسب العمر الذي انضم فيه للبرامج و يشترط في قبول التحاق الأطفال بالبرنامج حضور الشخص الذي يقوم برعاية الطفل في المنزل، وغالباً ما تكون الام وتبقى طيلة فترة تواجد الطفل في المركز، وذلك لغايات التدريب والمتابعة في المنزل، كما يشترط أن تكون الإعاقة التي يعاني منها الطفل ذات طبيعة حركية مثل: الشلل الدماغي، الصلب المشقوق، إصــابات الــرأس، ضمور العضلات، حالات النخاع الشوكي، التشوهات الخلقية... وغيرهــا، ويــشترط ألا يتلقــى الطفل خدمات من خلال مراكز أو برامج أخرى، يخدم البرنامج الأطفــال مــن منطقــة عمــان الكبرى، ويطلب من الأسر أن تسهم في النفقات المادية بمبلغ لا يتعدى العشرين ديناراً بعد إجراء دراسة للوضع المادي للأسر من قبل أخصائي الخدمة الإجتماعية، ويشتمل هذا البرنــامج علــى فريق مكون من أخصائيين في العلاج الطبيعي، أخصائية علاج وظيفي، أخصائية خدمة اجتماعية و معلم تربية خاصة (عقروق، 2006) .

ثانياً: الدراسات ذات الصّلة

اهتم الباحثون مؤخرا بالمهارات الحياتية للأطفال المعاقين بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة والروضة، إلاّ أن الباحث وجد ندرة في الدراسات التي تناولت تقديم برامج تدريبية لتنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة، وقد اطلع الباحث على بعض من الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، والتي أمكن عرضها من خلال ثلاثة محاور:

المحور الأول: دراسات وبحوث تناولت تقديم برامج للأطفال المعاقين بصرياً.

المحور الثاني: دراسات وبحوث تناولت مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً.

المحور الثالث: دراسات وبحوث تناولت برامج التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة.

المحور الأول: الدراسات التي تناولت تقديم برامج للأطفال المعاقين بصرياً.

دراسة نجدي (1990) التي هدفت إلى وضع برنامج للطفل المعاق في مرحلة ما قبل المدرسة، لتنمية حواسه ووضع استراتيجيات تساعد كل من الأسرة والمعلم لتنمية حواسه في مصر، تكونت عينة الدراسة من الأطفال المعاقين ضمن الفئة العمرية ما بين (3 –6) سنوات من المعاقين بصرياً (كف بصر، ضعف بصر)، الصم، ضعاف السمع، المعاقين عقليا (اعاقة بسيطة)، واستمر تطبيق البرنامج لمدة ثلاث سنوات، وقد أسفر التحليل الإحصائي للبيانات عن فعالية البرنامج في تنمية حواس الطفل المعاق بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة.

وفي دراسة تشن وهني (Chien & Hane, 1995) والتي هدفت إلى معرفة مدى فاعلية برنامج متكامل للأطفال ما قبل مرحلة المدرسة، و المقدم من مراكز التأهيل الحكومية، والموجه لتدريب أهالي الأطفال ما قبل مرحلة المدرسة، في تحفيز التعلم لدى الأطفال واستعدادهم

لمرحلة ما قبل المدرسة، تكونت عينة الدراسة من (25) طفلاً معاقا بصرياً وأصم في جنوب ولاية كاليفورنيا، واستخدمت في عملية الدراسة أشرطة الفيديو لتدريب الأمهات على أساليب تعليم وتدريب أطفالهم وجمع المعلومات عنهم، وأظهرت نتائج الدراسة أن إشراك الأهل وتدريبهم على برامج التدخل المبكر تساعد على تحفيز رغبة التعلم لديهم وتطوير قدراتهم بشكل أفضل نحو الاستعداد لمرحلة المدرسة.

وفي دراسة عبد الهادي (2001) والتي تهدف إلى معرفة مدى فاعلية برنامج متكامل (حركي، حسي، إدراكي، اجتماعي ، عناية بالذات) لدى الأطفال المكفوفين في مرحلة ماقبل المدرسة في ضوء حاجاتهم، تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال معاقين بصرياً في المرحلة العمرية من (4−6) سنوات، وقد استخدم في الدراسة أداتين للقياس 1− مقياس مستوى نمو الطفل المعاق بصرياً لمرحلة الروضة2− مقياس وكسلر اللفظي، وقد أشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج المقترح في تنمية الجوانب الحسية والاجتماعية والحركية واللغوية والعناية بالذات ووجود فروق دالة إحصائية على المقياس المستخدم في التطبيق البعدي.

وفي دراسة أجراها برمبرنج (Brambring, 2001) والتي كان الهدف منها إعداد برنامج تدريبي حركي للمعاقين بصرياً (كف بصر، ضعف بصر). وتكونت عينة الدراسة من (35) طفلاً وطفلة، (20) كف بصر و(15) ضعف بصر، في المرحلة العمرية من (4−6) سنوات ولا يعانون من أي إعاقات أخرى واستخدم الباحث مقياس (An Actometer) وقد أظهرت النتائج ما يلي:

تفوق المبصرين على أقرانهم المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر) في الأنشطة المتعلقة بالقدم واليد ، كما أظهرت النتائج تفوق ضعاف البصر على أقرانهم ذوي كف البصر في الأنشطة المتعلقة بالقدم واليد.

المحور الثاني: دراسات وبحوث تناولت مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً

أجرى بيش وروبينت ولارسون (Beach , Robinet, & Larson, 1995) "دراسة حول العلاقة بين تقدير الذات ومهارات الحياة اليومية" والمستوى التعليمي لدى البالغين من المعاقين بصرياً ، طبقت الدراسة في كندا ،و تكونت عينة الدراسة من (36) معاقا بصرياً ، بلغ عدد الذكور (15) وعدد الإناث (21) ضمن الفئات العمرية (18-39) عاما و(40-55) عاما.

واستخدمت أداتين في هذه الدراسة ، 1-مقياس مستوى نشاط الكفّيف2- قائمة كوبر سميث لتقدير الذات، أظهرت النتائج أن هناك علاقة قوية بين تقدير الذات والمستوى التحصيلي المرتفع ومستوى الإعتماد على الذات و الاستقلالية في أداء مهارات الحياة اليومية .

كما قام هتر(Hutter, 2000) بدراسة هدفت إلى تقديم نصائح للأباء حول كيفية إشراك طفلهم بالقيام ببعض المهارات في المنزل من خلال تعزيزه على مساعدتهم ، طبقت هذه الدراسة في أمريكا وتكونت عينة الدراسة من (60) طفلاً وطفلة وأظهرت نتائج هذه الدراسة أنَ مساعدة الأطفال لأبائهم بالقيام ببعض المهارات الحياتية بالمنزل يؤدي إلى استقلاليتهم في تأدية هذه المهارات .

أجرى سغردسون (Sigurdsson, 2000) دراسة بهدف تقييم البرامج المطبقة في مدارس أمريكا والتي تعنى بتعليم الأطفال مهارات الحياة اليومية والمهارات الإجتماعية ، وقد تكونت عينة الدراسة من (23) طالباً وطالبة ، من الذين طبق عليهم بعض هذه البرامج ، وقد أظهرت النتائج مدى فعالية هذه البرامج في تنمية مهارات الحياة اليومية عند الطلبة وأظهرت النتائج ايضاً تقدم علاقاتهم وتحسنها مع الأخرين.

وأما دراسة اوغرادي (Ogrady, 2002) فقد اقترحت برنامجاً متكاملاً للتدريب على مهارات الحياة اليومية ، وأوصت بتطبيقه على طلاب المرحلة الأساسية في بريطانيا ، تكونت عينة الدراسة من (10) أمهات تم َ تدريبهن على كيفية التعامل مع أطفالهن بمساعدتهم في الأعباء البيتية، وأظهرت نتائج هذه الدراسة أهمية هذه البرامج نظراً لحاجة الطلاب إلى تعلم مهارات الحياة اليومية وزيادة فعالية تلك البرامج وخاصةً إذاما اقترنت بأساليب عدة مثل (التشجيع ، المشاركة ، لعب الدور).

كما قام إلميرسوج وتلفك (Elmerskog & Tellevik , 2002) بإجراء دراسة هدفت إلى إعداد برنامج تدريبي للمعاقين بصرياً في مجال الحركة ومهارات العناية بالذات ، طبقت الدراسة في أوغندا ، وتكونت عينة الدراسة من (257) معاقاً بصرياً منهم (159) ذكرا، و(98) أنثى ، واستخدم الباحثان عدة برامج تعتمد على تدريب وتنمية جانب الحركة والعناية بالذات للمعاقين بصرياً ،استغرقت مدة التدريب عاما كاملا، أظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج في تنمية المهارات الحركية واستقلالية المعاقين بصرياً في تأدية مهارات العناية بالذات .

كما أجرى ينج هونج وتشين هوي (Yeng –Hung & Chein –Huey, 2005) دراسة تهدف إلى تعليم الأطفال مهارات السلامة الصحية (تنظيف الأسنان باستخدام الفرشاة والمعجون)، طبقت الدراسة لمدة شهرين في تايون ،و تكونت عينة الدراسة من (3) أطفال معاقين بصرياً تقع أعمارهم بين (7–8) سنوات، ولا يعانون من إعاقات أخرى، وقد أظهرت النتائج فعالية البرنامج في تطوير مهارة السلامة الصحية (تنظيف الأسنان باستخدام الفرشاة والمعجون) للطفل المعاق بصرياً.

المحور الثالث: دراسات و بحوث تناولت برامج التدخل المبكر لذوي الاحتياجات الخاصة:

وقد أجرى اوكلاند (Oakland , 1991) دراسة هدفت إلى الكشف عـن مـدى فعاليـة برنامج البورتيج على الأطفال الذين تتفاوت درجة الإعاقة لديهم (بسيطة ، متوسطة ، شـديدة) ، وطبق هذا البرنامج في غزة لمدة (5) سنوات واشتملت عينة الدراسة على (396) طفلاً تتراوح أعمارهم (4–6) سنوات ، أظهرت نتائج الدراسة إلى أن فعالية البرنامج قد تكون متدنية علـى الأطفال الذين يعانون من إعاقات بسيطة وفعالة على الأطفال الذين يعانون من إعاقات متوسـطة وشديدة.

كما قامت الحكيم(2002) بدراسة هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج بورتيج للتنمية الشاملة في الطفولة المبكرة في زيادة معدل النضج الاجتماعي لطفل ما قبل المدرسة فـي مـصر وقـد اشتملت عينتها من (28) طفلاً وطفلة تتراوح أعمارهم من (4–5) ، (14) ذكور (14) إناث ، وأظهرت نتائج الدراسة فعالية البرنامج في زيادة النضج الإجتماعي لصالح المجموعة التجريبية وكانت الافادة متكافئة و متساوية لكل من الذكور والإناث .

أما دراسة دلك (Dalk, 2005) والتي هدفت إلى الكشف عن مدى رضى الأسـر عـن خدمات التدخل المبكر وتحديد أهم الخدمات التي يقدمها التدخل المبكر ومدى تفاعل الأسر معها ، طبقت الدراسة في ولاية تنسي الأمريكية، وتكونت من الأب أو الأم ،أظهرت نتائج الدراسة أن الأسر أفادت من الخدمات المقدمة من خلال برنامج التدخل المبكر مثل معرفة كيفية التعامل مـع أطفالهم من ذوي الاحتياجات الخاصة، الاستشارات التربوية، و كيفية التعامل مع أطفالهم بـشكلٍ أفضل.

في دراسة أجرتها عقروق (2006) هدفت إلى تصميم نموذج مقترح لتطـوير خـدمات التدخل المبكر في ضوء الممارسات العالمية ونتائج تقويم البرامج العاملة حالياً في الأردن، تكونت

عينة الدراسة من (70) فرداً من العاملين في برنامج البورتيج ومن الأسر المــستفيدة مــن هــذا البرنامج ، أعدت الباحثة نموذجاً في ضوء الممارسات العالمية والنتائج التي أظهرتها الإستبانات، يصف إجراءات العمليات التي ترتبط بالتدخل المبكر بدءا بعملية التوعية ثم الكشف ثم التشخيص ثم التدخل وأخيراً التقويم والمتابعة وقد أظهرت نتائج تقويم البــرامج، حــصول محــور تلبيــة الحاجات على أدنى معدل على استبانة تقويم الأسر للخدمة ، وحصول محــور إعــداد وتطــوير العاملين على أدنى معدل على استبانة تقويم العاملين للخدمة.

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق لنتائج بعض الدراسات السابقة والبحوث ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية يتضح مدى الاهتمام الذي حظي به المعاقون بصرياً من قبل الأخصائيين والباحثين للحد من المشاكل التي يواجهونها.

ومن خلال استعراض الدراسات السابقة تبين أنها ركزت على ما يلي :

1- الأثار الإيجابية لبرامج التدخل المبكر المقدمة للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة بشكل عام والأطفال المعاقين بصرياً بشكل خاص وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، مثل دراسات نجدي (1990)، تشن وهني (Chen & Haney, 1995)، عبد الهادي (2001)، برمبرنج (Brambring, 2001) ، دراسة دلك (Dalk, 2005) ودراسة أوكلاند (Oakland, 1991) ودراسة عقروق (2006) ودراسة الحكيم (2002).

2- التأكيد على أهمية البرامج التي تناولت مهارات الحياة اليومية للأطفال المبصرين بشكل عام والأطفال المعاقين بصرياً بشكل خاص ، مثل دراسات سغردسون(Sigurdsson, 2000)، هتر (Hutter, 2000) اوغرادي (Ogrady, 2002)، بيش وروبينت ولارسون (Beach , Robinet, & Larson, 1995) ، إلميرسوج وتلفك (Elmerskog & Tellevik , 2002)، ينج هونج وتشين هوي (Yeng –Hung & Chein –Huey, 2005).

ويفاد من نتائج الدراسات السابقة في إعداد مقياس مهارات الحياة اليومية والبرنامج التدريبي السلوكي ، كما تمت الافادة من البحوث والدراسات السابقة في مناقشة وتفسير النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية، وضرورة العمل بشكل فردي مع الطفل وتصميم برنامج فردي له في ضوء قدراته وحاجاته.

لقد تفردت الدراسة الحالية بأنها تناولت جانباً من أهم الجوانب النمائية لـدى الطفـل المعـاق بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر) وهذا الجانب هو مهارات الحياة اليومية ، وتميزت بأنهـا ركزت في تنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً على الفئة العمرية من (4-6) وهي مرحلة ماقبل المدرسة ، وأيضاً ببناء أداتين لهذه الدراسة 1- مقياس مهارات الحياة اليومية 2- برنامج تدريبي سلوكي للتدخل المبكر لتنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفـال المعـاقين بصرياً ، كما أن الدراسة الحالية جاءت شاملة لأغلب مهارات الحياة اليومية الضرورية للأطفـال المعاقين بصريا إنطلاقاً من الواقع الذي يعيش فيه الطفل المعاق بصرياً، فكان عـدد المهـارات (60) مهارة مقسمة على (6) أبعاد وهي : العناية بالجسم والسلامة الصحية ، إرتـداء الملابـس والحفاظ عليها ، إعداد الأطعمة وتناولها ، العناية بالمنزل، الأمان والعناية بـالأدوات الشخـصية ومهارات التواصل ، أيضاً تميزت بإختيار أنشطه للبرنامج والتنويع بالوسـائل التدريبيـة التـي تتناسب مع قدرات وخصائص الأطفال المعاقين بصرياً مما كان لها من أثر إيجابي فـي تفاعـل الأطفال وتحمسهم للمهارات المتعلمة مما أدى إلى تطـوير وتنميـة حـصيلة المهـارات لـديهم والوصول بهم إلى تقليل الإعتماد على الغير والاستقلالية بأدائها ،

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

مقدمة:

يشتمل هذا الفصل على وصف لأفراد الدراسة، وخطوات تطوير أدوات الدراسة، والطرق المستخدمة للتحقق من صدق هذه الأدوات وثباتها، ومتغيرات الدراسة، كما يتضمن وصفاً للإجراءات المتبعة أثناء تطبيق الدراسة، ووصفاً للمنهجية المتبعة، كذلك تصميم الدراسة والمعالجة الإحصائية المستخدمة لتحليل البيانات والوصول إلى النتائج.

منهجية الدراسة:

إن المنهجية التي اتّبعت هي المنهج شبه التجريبي القائم على مجموعتين؛ ضابطة وتجريبية من خلال التطبيق القبلي لمقياس مهارات الحياة اليومية على المجموعتين، ثم تطبيق برنامج تدريبي سلوكي على المجموعة التجريبية، وبعد الإنتهاء من التطبيق للبرنامج أعيد تطبيق مقياس مهارات الحياة اليومية على المجموعتين (الضابطة والتجريبية)، ثم تطبيق مقياس مهارات الحياة اليومية على أفراد المجموعة التجريبية فقط بعد مضي شهر على الانتهاء من تطبيق البرنامج (تطبيق متابعة).

مجتمع الدراسة :

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الأطفال المعاقين بصريا (كف بصر، وضعاف البصر) في الفئة العمرية من (4–6) سنوات الملتحقين بروضة الضياء الخيرية للمكفوفين بفروعها الثلاثة، في محافظة عمان، وروضة مدرسة المخلص في الزرقاء، وروضة المدرسة الإنجيلية في إربد، ويقدر عددهم (45) طفلاً وطفلة، خلال العام الدراسي 2008–2009م.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (30) طفلا وطفلة من الفئة العمرية (4–6) سنوات الملتحقين بروضة الضياء للمكفوفين في فرعي (عمان، اربد) خلال العام الدراسي مع استبعاد الروضة الثالثة (فرع الزرقاء) والتي أجري على أفرادها معاملات الصدق والثبات للمقياس إختيروا بطريقة قصدية بحيث تمثل الروضة فرع إربد المجموعة الضابطة (15) طفلاً وطفلة في حين تمثل الروضة فرع عمان المجموعة التجريبية(15) طفلاً وطفلة وذلك للأسباب التالية:

1– وجود معلمات متخصصات في التعامل مع الأطفال المعاقين بصريا .

2– تعاون إدارة الروضة وتقديم تسهيلات للباحث.

3– توافر المعدات والوسائل اللازمة لأغراض البحث.

وعلى ضوء ذلك تكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً وطفلة في الفئة العمرية من (4–6) سنوات بمتوسط عمري قدره (5,03) وانحراف معياري قدره (0,81) ومن الملتحقين بروضة الضياء الخيرية للمكفّوفين بعمان وإربد، ولا يعانون من أية إعاقة أخرى سوى كفّ البصر.

- **وتنطبق على جميع أفراد الدراسة الخصائص التالية:–**

– جميع أفراد الدراسة(العينة النهائية ، العينة الإستطلاعية) ملتحقون بروضة الضياء للمكفّوفين في فروعها المختلفة (عمان، وإربد ، الزرقاء).

– جميع أفراد العينة يعانون من كفّ البصر الكلّي أو ضعف البصر بناءً على تشخيص الروضة، وذلك حسب ما هو مدون في السجلات.

– جميع أفراد العينة لا يعانون من أية إعاقة سوى الإعاقة البصريّة (كفّ بصري – ضعاف بصر)

والجدول رقم (1) يبين توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا للجنس ودرجة الإعاقة.

الجدول رقم (1)

توزيع أفراد العينة وفقا للجنس ودرجة الإعاقة

درجة الإعاقة	الجنس	المجموعة		المجموع
		الضابطة	التجريبية	
كف بصر	ذكر	4	6	10
	أنثى	5	2	7
	المجموع	9	8	17
ضعف بصر	ذكر	3	3	6
	أنثى	3	4	7
	المجوع	6	7	13
المجموع الكلي		**15**	**15**	**30**

هذا وقد قام الباحث بالتأكد من تكافؤ أداء المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي، باستخدام اختبار "مان وتني-يو" Mann-Whitney U لحساب دلالة الفروق بين رتب درجات الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر) في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية في التطبيق القبلي وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول (2).

جدول رقم (2)

نتائج اختبار "مان وتني" لإيجاد دلالة الفروق بين رتب درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية في التطبيق القبلي

أبعاد مقياس مهارات الحياة اليومية	المجموعة	عدد الأفراد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية	الضابطة	15	16.03	240.50	104.50	0.736
	التجريبية	15	14.97	224.50		
مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها	الضابطة	15	13.53	203.00	83.00	0.217
	التجريبية	15	17.47	262.00		
مهارات إعداد الأطعمة وتناولها	الضابطة	15	13.97	209.50	89.50	0.335
	التجريبية	15	17.03	255.50		
مهارات العناية بالمنزل	الضابطة	15	13.47	202.00	82.00	0.199
	التجريبية	15	17.53	263.00		
مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية	الضابطة	15	14.47	217.00	97.00	0.513
	التجريبية	15	16.53	248.00		
مهارات التواصل	الضابطة	15	15.90	238.50	106.50	0.801
	التجريبية	15	15.10	226.50		
المقياس الكلي	الضابطة	15	14.27	214.00	94.00	0.441
	التجريبية	15	16.73	251.00		

تشير النتائج في الجدول (2) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر، ضعف بصر) في المجموعتين الضابطة والتجريبية تبعاً لأدائهم على مقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية (مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل) في التطبيق القبلي، حيث تراوحت قيم (U) المحسوبة ما بين (82.00) و(106.50) وهذه القيم غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) وبالتالي فإن المجموعتين التجريبية والضابطة متكافئتان

في مهارات الحياة اليومية (مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتــداء الملابــس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل) قبل البدء بالتجربة.

أدوات الدراسة

لتحقيق أهداف الدراسة قام الباحث بإعداد أداتين هما:

أولا: مقياس مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصري) للفئة العمرية من (4−6) من إعداد الباحث .

ثانياً: البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً.

وفيما يلي وصفٌ لإجراءات إعداد كل أداة:

أولاً: مقياس المهارات الحياتية للأطفال المعاقين بصرياً (كف بــصر، ضــعف بــصر) (4−6 سنوات).

هدف المقياس:

يهدف المقياس إلى تحديد مهارات الحياة اليومية بهدف الحصول على أداة لقياس مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر، ضعف بصر) للفئة العمرية (4−6) سنوات.

إعداد الصورة الأولية للمقياس:

تم أعداد الصورة الأولية للمقياس بعد الاطّلاع على الأدب النظري ونتائج بعــض البحــوث والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة ومنها: دراسات سغردســون (**Sigurdson, 2000**)، هتر (**Huttor, 2000**)، اوغرداي (**Ogrday, 2002**)، شــنايدر (**Schneider, 2004**).

وكذلك الإطلاع على بعض المقاييس المماثلة والمشار إليها في الروسان وهارون (2001) ومنها:

1. مقياس مستوى الأداء الحالي على مهارات الحياة اليومية للأطفال غير العاديين.
2. كين وكينين للكفّاية الاجتماعية (الصورة الأردنية).
3. مقياس السلوك التكيّفي للمعاقين عقليا.
4. الصورة الأردنية لمقياس السلوك التكيّفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (بعد المهارات الاستقلالية).

بالإضافة إلى نتائج الدراسة الاستطلاعية التي أجراها الباحث على عينة من المعلمين (10) وعينة من أولياء أمور الأطفال المعاقين بصرياً (10)، بهدف التعرف على أهم المهارات للأطفال المعاقين بصرياً، بالإضافة إلى خبرة الباحث في العمل مع الأطفال المعاقيين بصرياً في مدرسة عبد الله بن مكتوم للمكفّوفين.

محتوى المقياس:

تكون المقياس في صورته الأولية (ملحق رقم 1) من (62) فقرة موزعة على (6) أبعاد هي:

1- مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية ويشمل على (12) فقراتٍ.

2- مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها ويشمل على (10) فقراتٍ.

3- مهارات إعداد الأطعمة وتناولها ويشمل على(10) فقراتٍ.

4- مهارات العناية بالمنزل ويشمل على (10) فقراتٍ.

5- مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية ويشمل (10) فقراتٍ.

6- مهارات التواصل وتشمل (10) فقراتٍ.

الأسس التي تم اعتمادها في اختيار فقرات المقياس:

- تم اختيار فقرات الفقرات بحيث لا يوجد بها أي تعقيد في الدلالة اللغوية وذلك من خلال الأخذ بالاعتبار قدرات الأطفال عينة الدراسة.
- استخدام فقرات تتناول مهارات متداولة حياتيا للفئة العمرية دون سن السادسة.
- اختيار فقرات تراعي ثقافة الأطفال عينة الدراسة في المجتمع الأردني.
- اختيار مهارات حياة يومية تغطي مجالات اهتمام الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر) للفئة العمرية من (4–6) سنوات.
- الأخذ بعين الاعتبار التدرج بالفقرات من الأسهل إلى الأصعب.

صدق المقياس:

للتحقق من صدق المقياس قام الباحث بعرضه في صورته الأولية على مجموعة من المحكمين من أعضاء هيئة التدريس المتخصصين في الجامعات الأردنية، بالإضافة إلى عدد من ذوي الاختصاص في مجال المعاقين بصرياً بلغ قوامها (10) (أسماء المحكمين، ملحق رقم 2) ، وذلك بهدف التحقق من مدى ملاءمة الفقرات لأبعاد المقياس ومدى ملاءمة بنوده لتحقيق غرض الدراسة، ومدى ملاءمة الفقرات لأفراد العينة، وعلى ضوء آراء المحكمين تم حذف الفقرات التي حازت على نسبة اتّفاق أقلّ من (80%) والإبقاء على الفقرات التي حازت على نسبة موافقة من المحكمين والتي حصلت على (80%) فما فوق.

وقد أوصت لجنة المحكمين بإجراء التعديلات التالية على الصورة الأولية للمقياس:

- ترتيب فقرات المقياس للتدرج حسب درجة صعوبتها على الطفل (يخلع ثم يلبس).
- حذف بعض فقرات المقياس صعبة التطبيق بالنسبة لقدرات الطفل المعاق بصرياً(كف بصر، ضعف بصر) مثل (يقص أظافره بمقص الأظافر– ينظف أذنه بنكاشات الأذن).

- استبدال بعض فقرات المقياس غير المألوفة للطفل بفقرات أكثر ألفةً وسهولة ومناسبة لقدراته العقلية وعمره الزمني مثل (يمخط – يمسح أنفه بالمنديل عند الضرورة) (يجلي – يغسل أدوات الطعام كأس – ملعقة – صحن) بعد الإنتهاء من استخدامها .
- إجراء التعديلات والصياغة اللغوية لبعض الفقرات حسب طلب المحكمين، وعلى ضوء ذلك أصبح عدد فقرات المقياس بصورته النهائية (ملحق رقم 3) (60) فقرة موزعة على الأبعاد التالية:

1- مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية ويشمل على (10) فقراتٍ.

2- مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها ويشمل على (10) فقراتٍ.

3- مهارات إعداد الأطعمة وتناولها ويشمل على(10) فقراتٍ.

4- مهارات العناية بالمنزل ويشمل على (10) فقراتٍ.

5- مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية ويشمل (10) فقراتٍ.

6- مهارات التواصل وتشمل (10) فقراتٍ.

والجدول رقم (3) يوضح نسب اتفاق المحكمين على فقرات مقياس مهارات الحياة اليومية في صورته الأولية.

جدول رقم (3)

نسبة اتفاق المحكمين على فقرات مقياس مهارات الحياة اليومية

رقم الفقرة	موافق	عدل	حذف	نسبة اتفاق المحكمين	رقم الفقرة	موافق	عدل	حذف	نسبة اتفاق المحكين
1	10	–	–	%100	32	9	1	–	%100
2	10	–	–	%100	33	8	1	1	%90
3	10	–	–	%100	34	7	3	–	%100
4	8	1	–	%90	35	9	–	1	%90
5	10	–	–	%100	36	8	–	2	%80
6	2	–	8	%20	37	7	1	2	%80
7	8	–	2	%80	38	6	2	2	%80
8	9	–	1	%90	39	8	–	2	%80
9	10	–	–	%100	40	7	3	–	%100
10	10	–	–	%100	41	6	3	1	%90
11	8	–	2	%80	42	8	1	1	%90
12	6	–	4	%60	43	10	–	–	%100
13	4	5	1	&90	44	9	–	1	%90
14	3	7	–	&100	45	4	5	1	%90
15	4	6	–	%100	46	7	1	2	%80
16	3	5	2	%80	47	9	1	–	%100
17	8	–	–	%80	48	8	–	2	%80
18	3	6	1	%90	49	6	2	2	%80
19	4	5	1	%90	50	7	1	2	%80
20	10	–	–	%100	51	6	3	1	%90
21	8	1	1	%90	52	8	–	2	%80
22	9	–	1	%90	53	10	–	–	%100
23	8	1	1	%90	54	10	–	–	%100
24	4	5	1	%90	55	9	1	–	%100
25	10	–	–	%100	56	8	1	1	%90
26	9	–	1	%90	57	9	1	–	%100
27	8	1	1	%80	58	8	1	1	%90
28	10	–	–	%100	59	9	–	1	%90
29	10	–	–	%100	60	7	1	2	%80
30	6	2	2	%80	61	10	–	–	%100
31	7	1	2	%80	62	8	–	2	%80

وقد تم الحفاظ على الفقرات التي حازت على نسبة اتفاق بين المحكمين (80%) فأكثر.

ثبات المقياس

تم التحقق من ثبات المقياس باستخدام طريقة التطبيق وإعـادة التطبيـق (Test-retest)، وذلك من خلال تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (15) طفلاً وطفلة معاقين بصرياً (كف بصر، ضعيف بصر) من مجتمع الدراسة ومن خارج عينتها ومـن الملتحقـين بروضـة الضياء فرع الزرقاء، وبعد مرور أسبوعين أعيد تطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية، وتـم حساب معاملات الارتباط لغايات الثبات بين نتائج التطبيقين، وكانت قيم معـاملات الارتبـاط – بيرسون– لمقياس مهارات الحياة اليومية كما في الجدول رقم (4).

الجدول رقم (4)

قيم معاملات الثبات لمقياس مهارات الحياة اليومية

الأبعاد	قيمة معامل الثبات
العناية بالجسم والسلامة الصحية	0.84
ارتداء الملابس والحفاظ عليها	0.86
إعداد الأطعمة وتناولها	0.81
العناية بالمنزل	080
الأمان والعناية بالأدوات الشخصية	0.81
التواصل	0.87
المقياس الكلي	0.84

وهذه القيم مقبولة ومناسبة لأغراض الدراسة.

إجراءات تطبيق المقياس:

تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة من خلال الخطوات التالية:

1- تعبئة نموذج دراسة الحالة للطفل مع (الأهل – المعلمة).

2- قام الباحث بشرح طريقة تطبيق المقياس (للأهل – للمعلمة)، لتقوم بوضع علامة في خانة الاستجابة التي تراها مناسبة للطفل.

3- تم التدوين على نموذج الإجابة للمقياس اسم الطفل وعمره ودرجة إعاقته (كف بصر– ضعيف بصر) وتاريخ تطبيق المقياس واسم الفاحص الذي قام بتطبيق المقياس.

تصحيح المقياس:

أما طريقة الإجابة عن المقياس فتكون بوضع إشارة (✔) في المربع الذي ينتمي إلى درجة تطابق الفقرة على الطفل المعاق بصرياً (كف بصر – ضعف بصر).

وقد تم تصميم الاستجابة على المقياس وفق التدريج الثلاثي كما يلي:

- يتقن بدرجة عالية ولها (3) درجات.
- يتقن بدرجة متوسطة ولها (درجتان).
- لا يتقن ولها (درجة واحدة) فقط.

وبالتالي فإن أعلى درجة على المقياس (180)، وأقل درجة على المقياس (60).

ثانياً: البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً:

قام الباحث بإعداد برنامج تدريبي سلوكي في التدخل المبكر بهدف تنمية مهارات الحياة اليومية للطفل المعاق بصرياً (كف بصر، ضعيف بصر) بالاستناد إلى الأطر السلوكية القائمة على بعض المبادئ الأساسية، وتبدو قيمة النظرية السلوكية في هذه الدراسة في نقطتين الأولى: هي تفسيرها لظاهرة الإعاقة البصريّة، والثانية: في توظيفها للمعززات الإيجابية والسلبية في تعديل السلوك وبالتالي تنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً.

وتفسر هذه النظرية الإعاقة: على أنها ظاهرة تمثل نقصاً في التّعلم والخبرة بمعنى أنّ الفرق في الأداء بين الطفل العادي والطفل المعاق يرجع إلى النقص في كل من التّعلّم والخبرة،

وقد فسرت هذه النظرية النقص في حالات الإعاقة على أنها حالات تمثل ذلـك الأداء الـضعيف والسلوك المحدد، بسبب صعوبة ظهور الاستجابات المناسبة في المواقـف المناسـبة، وبالتـالي تعزيزها لكي تثبت تلك الاستجابات، ولذا حسب رأي هذه النظرية يلعب التعزيز دورا مهما فـي تعديل سلوك الأطفال المعاقين، وبالتالي زيادة فرص التعلم والخبرة لديهم.

وللنظرية السلوكية تطبيقات وتدخلات علاجية يمكن الافادة منها واستخدامها فـي تعـديل سلوك الطفل المعاق بصرياً لرفع مستوى مهارات الحياة اليومية لديه، كما أنها تتناسب مع العمر الزمني لأفراد عينة الدراسة.

هدف البرنامج:

الهدف العام:

يهدف البرنامج إلى تنمية مهارات الحياة اليومية لدى عينة من الأطفال المعاقين بـصرياً (كف بصر وضعاف البصر) في روضة الضياء الخيرية للمكفّوفين في الأردن.

الأهداف الفرعية للبرنامج:

- مساعدة الطفل المعاق بصرياً (كف بصر، ضعيف بصر) علـى الاعتمـاد علـى الـذات والاستقلالية في مواقف الحياة المختلفة في مرحله عمرية مبكرة .
- تنمية مهارات العناية بالجسم وارتداء الملابس وإعداد الأطعمة وتناولهـا والعنايـة بـالمنزل والأدوات الشخصية وذلك بالاعتماد على الحواس المتبقية غير البـصريّة بالنـسبة للطلبـة المعاقين بصرياً.
- إتاحة الفرصة أمام الطفل المعاق بصرياً (كف بصر ، ضعيف بصر) لممارسـة أنـشطته الذاتية بأمان والقيام ببعض الخدمات باستقلالية.
- التعرض للخبرات المباشرة في البيئة حتى يكتسب تعلمه عنصر الإثارة والتشويق .

- التأكيد على دور أهل الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر) لمتابعة أداء أطفالهم لمهارات الحياة اليومية المتعلمة بهدف تطوير قدرات أطفالهم على أدائها باستقلالية مما يؤدي إلى تنمية ثقته بنفسه.
- مساعدة الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر) في تحسين وتطوير مهارات الحياة اليومية لما لذلك من أثر في تطوير قدراتهم على التواصل، وبالتالي دمجهم بشكل كلي في المجتمع.

الفئة المستهدفة من هذا البرنامج:

يستهدف هذا البرنامج بالدرجة الأولى فئة الأطفال المعاقين بصرياً في الأردن من المرحلة العمرية (4-6) والذين يعانون من (كف بصر ، ضعف بصر) وقد تم اختيار هؤلاء الأطفال ممن تنطبق عليهم الشروط الوارد ذكرها في عينة الدراسة.

إعداد الصورة الأولية للبرنامج:

قام الباحث بإعداد الصورة الأولية لمحتوى البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً في المرحلة العمرية من (4-6) سنوات على النحو التالي:

1- الرجوع إلى الأدب النظري المتعلق بموضوع الدراسة الحالية، وخاصة ما يرتبط بالبرامج التدريبية للطفل المعاق بصرياً (كف بصر، ضعف بصر) في مرحلة ما قبل المدرسة.

2- الرجوع إلى العديد من البرامج والدراسات التي اهتمت بحاجات وخصائص نمو الطفل المعاق بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة والمشار إليهم في (الروسان وهارون، 2001) :

- برنامج تنمية المهارات الحياتية لدى الأطفال غير العاديين.
- منهاج المهارات الاستقلالية للمعاقين عقلياً .
- برنامج مور لمهارات الحياة اليومية.

- دليل المعلم في تدريس مهارات الحياة اليومية للاطفال غير العادين.
- بالإضافة إلى خبرة الباحث من خلال عمله مع هذه الفئة في مدرسة عبد الله إبن أم مكتوم للمكفوفين.
- برنامج البورتيج للتدخّل المبكّر.

3- في ضوء فلسفة وأهداف البرامج التي تقّدم في رياض الأطفال التابعة لوزارة التربية والتعليم.

4- اختيار أنشطة للبرنامج بحيث تتناسب مع قدرات وخصائص الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر، ضعف بصر).

5- الاعتماد على المواقف الحياتية للطفل المعاق بصرياً عند إعداد البرنامج.

6- مراعاة الفروق الفردية في مستوى درجة الإعاقة البصريّة والخبرات السابقة عند إعداد وتطبيق البرنامج وبشكل تدريجي من الأسهل إلى الأصعب.

7- تنويع الوسائل التدريبية المستخدمة عند تطبيق البرنامج التدريبي من أجل تحقيق أهدافه، واختيار الوسائل المناسبة التي تساعد على تسهيل عملية تطوير وتنمية حصيلة المهارات الحياتية عند المعاقين بصرياً.

8- التنسيق بين الأسرة ومعلمة الروضة لضمان تحقيق أهداف البرنامج وعقد لقاءات مع الأسرة يتم من خلالها إطّلاعها على البرنامج وكيفية مساعدة المعلمة على تنفيذه.

وعلى ضوء ذلك تم إعداد البرنامج التدريبي مكونا من (48) جلسة موزعة على (6) كما يلي:

1- مهارة العناية بالجسم والسلامة الصحية. 2- مهارات ارتداء الملابس.

3- مهارات إعداد الأطعمة وتناولها. 4- مهارات العناية بالمنزل.

5- مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية. 6- مهارات التواصل.

وقد روعي في إعداد جلسات وأنشطة البرنامج ما يلي:

- أن يكون المحتوى مرتبطاً بأهداف البرنامج.
- أن يرتبط المحتوى بالواقع الذي يعيش فيه الطفل.
- التكامل حيث يحتوي البرنامج على مفاهيم عّدةٍ في مجال مهارات الحياة اليومية.

وقد روعي عند تنظيم محتوى البرنامج أن يتم ترتيب المادة العلمية ترتيبا منطقيا بالنسبة للأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر، ضعف بصر) حيث رتبت الأبعاد والفقرات من الأسهل إلى الأكثر تعقيدا.

تحكيم البرنامج التدريبي:

تم عرض بعض نماذج من جلسات البرنامج في صورته الأولية (ملحق رقم 4) على لجنة من المحكمين بلغ قوامها (10) من أعضاء هيئة التدريس من أساتذة الجامعات الأردنية في مجال التربية الخاصة، بالإضافة إلى عدد من ذوي الاختصاص في مجال المعاقين بصرياً، (أسماء المحكمين على البرنامج، ملحق رقم 2)، وذلك بهدف الحكم على مفردات البرنامج ومدى ملاءمتها لأفراد العينة وللهدف الذي وضعت من أجله، ومدى ملاءمة أنشطة وتدريبات البرنامج والوسائل التعليمية المستخدمة، واشتملت جوانب التقييم على.

1- البعد
2- المهارة الفرعية المراد تنميتها.
3- هدف الجلسة.
4- مكان التدريب.
5- مدة التدريب.

6- الوسائل المستخدمة.

7- الفنيات.

8- تحليل المهارة.

9- التقويم.

وبعد الأخذ بآراء المحكمين وملاحظاتهم تم الحفاظ على الفقرات التي حازت على (80%) من أراء المحكمين وكذلك تم استبعاد الفقرات التي حازت على أقل من (80%) من أراء المحكمين، كما تم تعديل صياغة بعض الأنشطة من حيث:

- إضافة عناصر إلى الجلسة وجدها المحكمون مناسبة لأفراد العينة(مفاهيم سابقة، مهارات سابقة، تهيئة للجلسة) .
- إعادة الصياغة اللغوية لعناوين بعض فقرات البرنامج التدريبي.
- تعديل مدة الجلسة من (45) إلى (30) دقيقة.

الصورة النهائية للبرنامج التدريبي:

بعد الأخذ بآراء المحكمين وإجراء التعديلات اللازمة على الصورة الأولية للبرنامج التدريبي أصبح البرنامج التدريبي النهائي في صورته النهاية (ملحق رقم 6) يتكون من (48) جلسة تدريبية فردية للأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر) لتنمية مهارات الحياة اليومية، ومدة الجلسة الواحدة (30) دقيقة.

وقد تم توزيع هذه الجلسات على (6) أبعاد.

1- مهارة العناية بالجسم والسلامة الصحية (5 جلسات).

2- مهارات إرتداء الملابس (6 جلسات).

3- مهارات إعداد الأطعمة وتناولها(10 جلسات) .

4- مهارات العناية بالمنزل(9 جلسات).

5- مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية (10 جلسات).

6- مهارات التواصل (8 جلسات).

المسؤول عن تنفيذ البرنامج التدريبي:

قام الباحث وبمساعدة معلمات التربية الخاصة (أ. زهوة بربخ، أ. نبال الصمادي) والّلاتي يعملن في جمعية الضياء الخيرية للمكفّوفين منذ سنوات مع الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر، ضعف بصر) ويحملن درجة البكالوريس في التربية الخاصة، بالمساعدة في تنفيذ إجراءات البرنامج التدريبي السلوكي للأطفال وبإشراف مباشر من قبل الباحث على معلمات التربية الخاصة بتطبيق الجلسات التدريبية للأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر - ضعاف بصر).

فنيات التدريب:

تضمن البرنامج مجموعة من الإجراءات والنشاطات المنظمة التي هدفت إلى إكساب الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر، ضعف بصر) مهارات الحياة اليومية في مجالات هي (مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، الأمان والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل).

وذلك من خلال استخدام الفنيات والأساليب التالية:

التعزيز: وهو تقوية السلوك من خلال إضافة مثيرات إيجابية أو إزالة مثيرات منفردة.

تحليل المهارات: تجزئة المهمة التعليمية إلى خطوات متتابعة يسهل تعلمها

التعميم: تأدية الاستجابة الشرطية التي يتم تعلمها في موقف معين للمواقف الأخرى المشابه له.

الحث. الاسلوب الذي يتضمن تقديم مثير تمييزي يعزز المتعلم على القيام بالاستجابة المطلوبة في بداية عمل المتعلم.

التشكيل: هوالإجراء الذي يعمل على تحليل السلوك إلى عدد من المهمات الفرعية وتعزيزها حتى يتحقق السلوك.

تقليل المساعدة التدريجي : هو الذي يتضمن تقليل تقـديم المـساعدات اللفظيـة أو الإيحائيـة أو الجسمية للطفل تدريجياً كي يعتمد المتعلم على نفسه في أداء المهارات المتعلمة.

طرائق التدريس المستخدمة:

اختلفت الطرائق والأساليب التربوية المستخدمة في البرنامج وفقا لنوع النشاط والأهـداف التربوية المراد تحقيقه، وقد حدد الباحث الأساليب التالية لملاءمتها للاستخدام مع الطفـل المعـاق بصرياً (المناقشة، التعليم باللعب، التعليم بالاستكشاف، تحليل المهام).

نوعية الأنشطة:

يتضمن البرنامج مجموعة من الأنشطة التعليمية المختلفة من أهمهـا: الأنـشطة الحركيـة، الأنشطة اللغوية، أنشطة الطهي، أنشطة رواية القصة، اللعب الدرامي، الأنشطة اليدوية.

الوسائل المستخدمة:

استعان الباحث بالخبرات المباشرة والخبرات غير المباشرة عن طريق معايشته لفئة مـن الأطفال المعاقين بصرياً والتي تشتمل على التسجيلات الصوتية وذلك لأهميتها بالنـسبة للطفـل المعاق بصرياً، كما استعان الباحث بالنماذج والخامات البيئية مثل: مجسمات محسوسة، قـصص مطبوعة بطريقة بريل، حوض غسيل، صابون، بشكير، دش، تواليت، مقص، ليفة، فرشاة أسنان، سرير، مقاعد، سجاد، أنسجة قماش مختلفة.

تطبيق البرنامج:

استغرق تطبيق البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً في المرحلة العمرية من (4–6) سنوات (12) أسبوعا تقريبا للعام الدراسي (2008–2009) وبواقع (48) جلسة تدريبية، بواقع (4) جلسات أسبوعيا كل جلسة مدتها (30) دقيقة.

إجراءات الدراسة:

لتحقيق الأهداف المرجوة من الدراسة قام الباحث بما يلي:

- إعداد الإطار النظري للدراسة والبحوث والدراسات السابقة.
- الحصول على الموافقات اللازمة لأغراض الدراسة.
- إعداد أدوات الدراسة والمتمثلة في مقياس مهارات الحياة اليومية، وقد تم التحقق من صدقه وثباته بالطرق المناسبة.
- إعداد البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً.
- تحديد عينة الدراسة بصورة نهائية من خلال الرجوع إلى إدارة روضة الضياء وتوزيع أفراد العينةقصدياً تبعاً لخضوعهم إلى البرنامج التدريبي في مجموعتين (تجريبية) خضعت إلى البرنامج التدريبي السلوكي، ومجموعة (ضابطة) خضعتإلى البرنامج التدريبي الاعتيادي.
- القيام بالتطبيق القبلي لمقياس مهارات الحياة اليومية على المجموعتين الضابطة والتجريبية، وذلك قبل البدء في تطبيق البرنامج التدريبي.
- تطبيق البرنامج التدريبي السلوكي على المجموعة التجريبية "المعالجة التجريبية".

- بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج التدريبي تم تطبيق مقياس مهــارات الحيــاة اليوميــة علــى المجموعتين الضابطة والتجريبية (التطبيق البعدي).
- تطبيق (قياس المتابعة) على أفراد العينة التجريبية بعد مرور شهر على الانتهاء من تطبيــق البرنامج.
- تمّ جمع البيانات وتفريغها في جداول خاصةٍ بذلك، ثم تم إدخــال البيانــات علــى الحاســوب ومعالجتها إحصائياَ باستخدام "الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية" (SPSS).
- تمّ استخراج النتائج، وعرضها في الفصل الرابع وتفسيرها ومناقشتها والخروج بالتوصيات في الفصل الخامس.
- تقديم مجموعة من التوصيات التربوية على ضوء نتائج الدراسة للمؤسسات والمراكز المعنيــة بتقديم خدماتها للطفل المعاق بصرياً.

متغيرات الدراسة:

أولاً: المتغير المستقل:

- البرنامج التدريبي وله مستويان:

أ– البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً.

ب– البرنامج التدريبي الاعتيادي.

ثانياً: المتغيرات التصنيفية:

- الجنس: وله مستويان (ذكر، أنثى)
- درجة الإعاقة: ولها مستويان(كف بصر ، ضعيف بصر)

ثانياً: المتغير التابع:

مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر).

تصميم الدراسة والمعالجات الإحصائية:

تصميم الدراسة:

استخدم الباحث في الدراسة التصميم شبه التجريبي ذي الاختبار القبلي والبعدي والمتابعة لمجموعتين (ضابطة وتجريبية) كما يلي:

المجموعة التجريبية	O_1	X	O_2	O3
المجموعة الضابطة	O_1	–	O_2	–

حيث إن (O_1)= التطبيق القبلي لمقياس مهارات الحياة اليومية.

(X)= المعالجة (البرنامج التدريبي السلوكي المطبق على المجموعة التجريبية).

(O_2)= التطبيق البعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية.

(O3)= تطبيق المتابعة لمقياس مهارات الحياة اليومية.

المعالجات الإحصائية:

تمّ استخدام المعالجات الإحصائية المناسبة لاختبار فرضيات الدراسة، كما يلي:

- للتحقق من صحة الفرضية الأولى تمّ استخدام اختبار "مـــان وتنـــي–يـــو" Mann-Whitney U لحساب دلالة الفروق لعينتين مستقلتين باعتباره من الاختبارات اللامعلمية اللابارا مترية التـــي تناسب العينات التي لا تتطلب التوزيع الطبيعي للمجتمع كون أفراد العينة من الأطفـــال المعـــاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر) وصغر حجم العينة.
- لاختبار صحة الفرضية الثانية والثالثة وللكشف عن دلالة التفاعل بين المجموعة ودرجة الإعاقة، وكذلك بين المجموعة والجنس تمّ استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واستخدام اختبار تحليل التباين المشترك (Two Way ANCOVA) وذلك لضبط الفروق فـــي التطبيـــق القبلي، والكشف عن دلالة الفروق في التطبيق البعدي.

- لاختبار صحة الفرضية الرابعة تمّ استخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) لحساب دلالة الفروق لعينتن مرتبطتين (البعدي، المتابعة) باعتباره من الاختبارات اللابارا مترية التي تناسب العينات التي لا تتطلب التوزيع الطبيعي للمجتمع كون أفراد العينة من الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر).

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتناول الباحث في هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصلت إليها الدراسة، بعد تطبيق أدوات الدراسة وجمع البيانات وتحليلها، حيث حاولت الدراسة تقصي أثر برنامج تدريبي سلوكي للتدخل المبكر في تنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في الأردن.

وفي ما يلي عرض للنتائج التي توصلت إليها الدراسة:

أولا: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى ونصّها:

" **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة** (α =0.05) **بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية تعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي**".

للتحقق من صحة الفرضية تمّ حساب درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية (مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل) القبلي والبعدي، وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول (5).

الجدول (5)

درجات أفراد العينة في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية في التطبيقين القبلي والبعدي.

المجموعة	رقم الطالب	مقياس مهارات الحياة اليومية													
		العناية بالجسم والسلامة الصحية		ارتداء الملابس والحفاظ عليها		إعداد الأطعمة وتناولها		العناية بالمنزل		الأمان والعناية بالأدوات الشخصية		التواصل		المقياس الكلي	
		القبلي	البعدي	القبلي	البعدي	القبلي	البعدي	القبلي	البعدي	القبلي	البعدي	القبلي	البعدي	القبلي	البعدي
الضابطة	A1	12	21	13	19	15	17	11	14	14	17	14	15	79	103
	A2	15	18	11	17	14	16	11	14	13	15	11	14	75	94
	A3	16	16	12	14	18	19	12	13	16	19	11	15	85	96
	A4	13	21	13	17	14	18	13	19	14	19	14	18	81	112
	A5	19	20	15	18	15	16	14	15	15	16	13	16	91	101
	A6	13	16	12	15	15	17	15	16	15	20	13	15	83	99
	A7	16	22	15	18	16	20	15	16	14	18	12	15	88	109
	A8	15	15	16	19	16	18	16	17	16	19	18	21	97	109
	A9	17	18	15	17	17	20	15	16	13	15	14	17	91	103
	A10	15	17	19	21	16	17	13	17	13	16	13	16	89	104
	A11	14	16	14	17	13	15	12	14	15	18	15	19	83	99
	A12	20	20	17	19	18	20	15	16	13	16	15	18	98	109
	A13	13	18	13	16	15	18	15	17	15	20	15	20	86	109
	A14	16	20	14	19	13	15	11	14	12	15	15	18	81	101
	A15	17	18	13	17	14	17	13	14	16	20	14	17	87	103
التجريبية	B1	17	28	21	27	19	27	18	29	17	27	20	28	112	166
	B2	20	28	18	29	21	28	14	28	16	27	18	27	107	167
	B3	20	27	16	26	21	28	17	27	17	27	16	24	107	159
	B4	15	24	15	23	16	24	11	25	14	24	10	26	81	146
	B5	16	27	15	26	12	24	15	25	14	29	11	27	83	158
	B6	17	26	19	28	15	30	15	30	20	29	15	27	101	170
	B7	13	28	14	26	17	29	16	29	15	28	16	26	91	166
	B8	11	24	14	22	16	23	13	28	15	25	13	28	82	150
	B9	15	25	15	28	18	28	18	27	13	21	12	27	91	156
	B10	15	29	16	30	16	23	15	28	14	26	15	27	91	163
	B11	15	28	11	28	12	27	12	27	14	27	11	26	75	163
	B12	15	29	16	26	16	25	16	28	16	28	16	27	95	163
	B13	10	20	10	23	10	25	11	27	10	24	10	28	61	147
	B14	14	24	16	26	19	25	14	26	14	25	11	29	88	155
	B15	13	23	11	23	10	28	12	25	12	26	11	27	69	152

يبين الجدول (5) وجود اختلاف بين درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين (التجريبية والضابطة).

ولاختبار صحة الفرضية الأولى وبهدف الكشف عن دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين؛ التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية (مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات الأمان والعناية

بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل) بعد الانتهاء من تنفيذ التجربة قام الباحث باستخدام اختبار "مان وتني–يو" Mann-Whitney U لحساب دلالة الفروق بين رتب درجات الأطفال المعـــاقين بصرياً في المجموعتين على التطبيق البعدي وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول (6).

جدول رقم (6)

نتائج اختبار "مان وتني" لإيجاد دلالة الفروق بين رتب درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس مهارات الحياة اليومية في التطبيق البعدي

أبعاد مقياس مهارات الحياة اليومية	المجموعة	عدد الأفراد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية	الضابطة	15	8.30	124.50	4.50	*0.001
	التجريبية	15	22.70	340.50		
مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها	الضابطة	15	8.00	120.00	0.00	*0.001
	التجريبية	15	23.00	345.00		
مهارات إعداد الأطعمة وتناولها	الضابطة	15	8.00	120.00	0.00	*0.001
	التجريبية	15	23.00	345.00		
مهارات العناية بالمنزل	الضابطة	15	8.00	120.00	0.00	*0.001
	التجريبية	15	23.00	345.00		
مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية	الضابطة	15	8.00	120.00	0.00	*0.001
	التجريبية	15	23.00	345.00		
مهارات التواصل	الضابطة	15	8.00	120.00	0.00	*0.001
	التجريبية	15	23.00	345.00		
المقياس الكلي	الضابطة	15	8.00	120.00	0.00	*0.001
	التجريبية	15	23.00	345.00		

- دالة إحصائيا عند مستوى 0.01

تشير نتائج استخدام اختبار "مان وتني" في الجدول (6) إلى وجـــود فـــروق ذات دلالـــة إحصائية بين رتب درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين؛ التجريبية والـــضابطة فـــي الدرجة الكلية لمقياس مهارات الحياة اليومية، وكذلك في كل بعد من الأبعاد الفرعيـــة (مهـــارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل)

وذلك تبعاً لأدائهم في التطبيق البعدي، وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية، حيث تراوحت قيم (U) المحسوبة للمقياس الكلي وللأبعاد الفرعية ما بين (0.00) و(4.50) وهذه القيم دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05= α)، وبالتالي يتم رفض الفرضية الأولى والتي تنص على: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05= α) بين متوسطات درجات الأطفال المكفّوفين في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية تعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي"، وبالتالي يتم قبول الفرضية البديلة.

ويشير ذلك إلى وجود أثر للبرنامج التدريبي السلوكي في تطوير مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً، وذلك من خلال مقارنتهم بنظرائهم في المجموعة الضابطة.

ثانيا: النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية ونصّها:

" لا يوجد تفاعل دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05= α) بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية ودرجة الإعاقة (كف بصر، ضعيف بصر) يعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي.

بهدف التحقق من صحة الفرضية الثانية ولاختبار دلالة الفروق في درجات الأطفال المعاقين بصرياً على مقياس مهارات الحياة اليومية في ضوء التفاعل بين متغيري المجموعة (التجريبية، الضابطة) ودرجة الإعاقة (كف بصر، ضعيف بصر)، قام الباحث باستخراج المتوسط الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية (مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات

الأمان والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل) ، وذلك تبعا للمجموعة (التجريبية، الضابطة) ودرجة الإعاقة (كف بصر، ضعيف بصر)، وكانت النتائج كما في الجدول (7).

الجدول (7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية تبعا للمجموعة ودرجة الإعاقة

أبعاد المقياس	التطبيق	الإحصاءات الوصفية	المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية		
			كف بصر	ضعف بصر	المجموع	كف بصر	ضعف بصر	المجموع
مهارات العناية بالجسم	القبلي	المتوسط الحسابي	16.33	14.00	15.40	14.13	16.14	15.07
		الانحراف المعياري	2.18	1.67	2.26	2.64	2.73	2.79
	البعدي	المتوسط الحسابي	17.56	19.67	18.40	24.50	27.71	26.00
		الانحراف المعياري	1.74	2.25	2.17	2.51	1.38	2.59
مهارات ارتداء الملابس	القبلي	المتوسط الحسابي	14.44	13.67	14.13	15.13	15.14	15.13
		الانحراف المعياري	2.65	0.82	2.10	3.68	2.19	2.97
	البعدي	المتوسط الحسابي	17.44	17.67	17.53	24.75	27.57	26.07
		الانحراف المعياري	2.13	1.21	1.77	2.25	1.62	2.40
مهارات إعداد الطعام	القبلي	المتوسط الحسابي	15.89	14.33	15.27	14.63	17.29	15.87
		الانحراف المعياري	1.54	1.21	1.58	3.62	3.15	3.56
	البعدي	المتوسط الحسابي	17.78	17.17	17.53	25.75	26.86	26.27
		الانحراف المعياري	1.56	1.94	1.69	2.38	2.12	2.25
مهارات العناية بالمنزل	القبلي	المتوسط الحسابي	13.78	12.83	13.40	13.63	15.43	14.47
		الانحراف المعياري	1.64	1.84	1.72	2.39	1.99	2.33
	البعدي	المتوسط الحسابي	15.33	15.67	15.47	26.88	27.71	27.27
		الانحراف المعياري	1.41	2.07	1.64	1.96	0.76	1.53
مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية	القبلي	المتوسط الحسابي	14.44	14.00	14.27	14.50	15.00	14.73
		الانحراف المعياري	1.42	1.10	1.28	3.02	1.41	2.34
	البعدي	المتوسط الحسابي	17.33	17.83	17.53	26.13	26.29	26.20
		الانحراف المعياري	2.12	1.72	1.92	2.03	2.43	2.15
مهارات التواصل	القبلي	المتوسط الحسابي	13.56	14.17	13.80	12.63	14.86	13.67
		الانحراف المعياري	2.13	1.17	1.78	3.42	2.48	3.13
	البعدي	المتوسط الحسابي	16.56	17.50	16.93	27.50	26.29	26.93
		الانحراف المعياري	2.07	2.07	2.05	0.93	1.11	1.16
الدرجة الكلية	القبلي	المتوسط الحسابي	88.44	83.00	86.27	84.63	93.86	88.93
		الانحراف المعياري	7.09	3.41	6.36	16.27	11.01	14.39
	البعدي	المتوسط الحسابي	102.00	105.50	103.40	155.50	162.43	158.73
		الانحراف المعياري	5.17	5.21	5.30	8.72	3.82	7.55

تظهر النتائج في الجدول (7) وجود فروق (ظاهرية) في المتوسطات الحسابية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيق القبلي لمقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية تبعا لمتغير المجموعة (التجريبية، الضابطة)، كذلك وجود فروق (ظاهرية) في المتوسطات الحسابية

لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيق القبلي لمقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية تبعا لمتغير درجة الإعاقة (كف بصر ، ضعيف بصر)، حيث تم ضبط هذه الفــروق إحــصائيا باستخدام تحليل التباين الثنائي المشترك (Two Way ANCOVA).

كذلك تظهر النتائج في الجدول (7) وجود فروق (ظاهرية) فــي المتوســطات الحــسابية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيق البعدي لمقياس مهارات الحيــاة اليوميــة وأبعــاده الفرعية تبعا لمتغير المجموعة (التجريبية، الضابطة)، كــذلك وجــود فــروق (ظاهريــة) فــي المتوسطات الحسابية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيق البعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية تبعا لمتغير درجة الإعاقة (كف بصر ، ضعيف بصر).

ولمعرفة إذا ما كانت تلك الفروق الظاهرية في المتوسطات الحسابية على التطبيق البعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية ذات دلالة إحصائية وفقاً للتفاعل بين متغيري المجموعة (التجريبية، الضابطة) ودرجة الإعاقة (كف بصر ، ضعيف بصر)، وبهدف عزل الفروق على التطبيق القبلي لمقياس مهارات الحياة اليومية تم إجراء اختبار تحليل التباين الثنــائي المــشترك (Two Way ANCOVA) عند مستوى الدلالة (α =0.05)، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول (8).

الجدول (8)

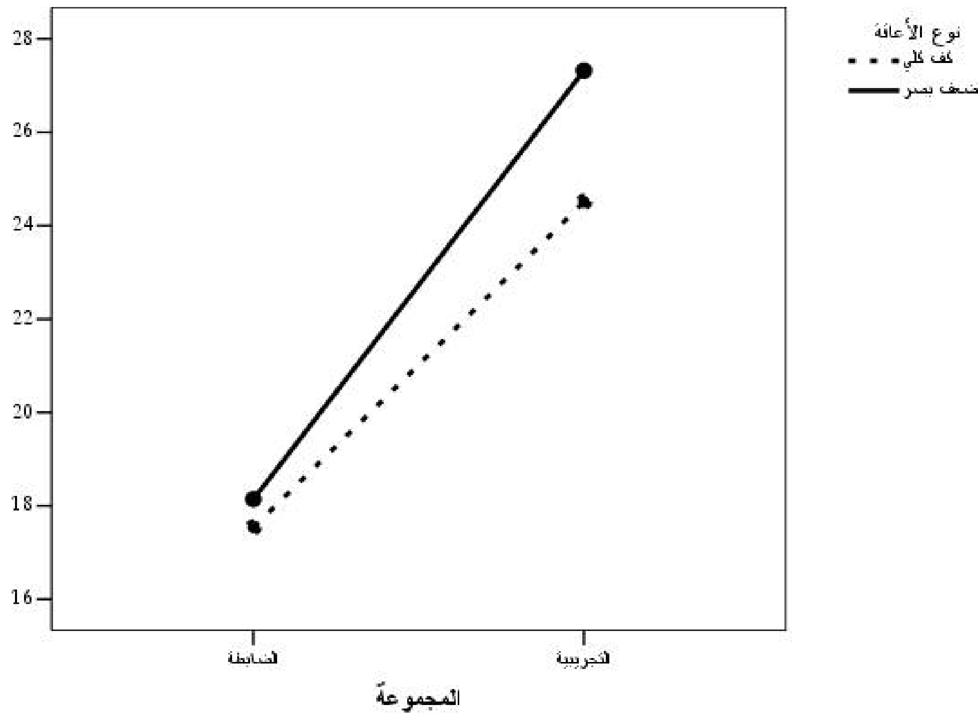
نتائج تحليل التباين الثنائي للكشف عن دلالة الفرق بين درجات الأطفال المعاقين بصرياً على مقياس مهارات الحياة اليومية تبعاً للتفاعل بين متغيري المجموعة ودرجة الإعاقة

أبعاد المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة
مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية	المقياس القبلي	29.998	1	29.998	10.001	0.004
	المجموعة	413.539	1	413.539	137.873	0.000
	نوع الإعاقة	54.739	1	54.739	18.25	0.000
	المجموعة*نوع الإعاقة	1.123	1	1.123	0.374	0.546
	الخطأ	74.986	25	2.999		
	الكلي	592.8	29			
مهارت ارتداء الملابس والحفاظ عليها	المقياس القبلي	8.126	1	8.126	2.102	0.159
	المجموعة	532.924	1	532.924	137.891	0.000
	نوع الإعاقة	0.122	1	0.122	0.032	0.860
	المجموعة*نوع الإعاقة	1.032	1	1.032	0.267	0.610
	الخطأ	96.62	25	3.865		
	الكلي	682.7	29			
مهارات إعداد الأطعمة وتناولها	المقياس القبلي	44.423	1	44.423	22.059	0.000
	المجموعة	456.688	1	456.688	226.771	0.000
	نوع الإعاقة	21.285	1	21.285	10.569	0.003
	المجموعة*نوع الإعاقة	8.875	1	8.875	4.407	*0.046
	الخطأ	50.347	25	2.014		
	الكلي	670.8	29			
مهارات العناية بالمنزل	المقياس القبلي	17.976	1	17.976	9.049	0.006
	المجموعة	842.737	1	842.737	424.246	0.000
	نوع الإعاقة	1.192	1	1.192	0.6	0.446
	المجموعة*نوع الإعاقة	0.677	1	0.677	0.341	0.565
	الخطأ	49.661	25	1.986		
	الكلي	1114.96	29			
مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية	المقياس القبلي	50.125	1	50.125	19.275	0.000
	المجموعة	488.205	1	488.205	187.736	0.000
	نوع الإعاقة	0.707	1	0.707	0.272	0.607
	المجموعة*نوع الإعاقة	1.853	1	1.853	0.713	0.407
	الخطأ	65.012	25	2.6		
	الكلي	679.467	29			
مهارات التواصل	المقياس القبلي	13.95	1	13.95	6.318	0.019
	المجموعة	718.081	1	718.081	325.216	0.000
	نوع الإعاقة	2.049	1	2.049	0.928	0.345
	المجموعة*نوع الإعاقة	12.355	1	12.355	5.595	*0.026
	الخطأ	55.2	25	2.208		
	الكلي	827.867	29			
المقياس الكلي	المقياس القبلي	427.312	1	427.312	19.714	0.000
	المجموعة	20676.8	1	20676.8	953.901	0.000
	نوع الإعاقة	147.464	1	147.464	6.803	0.015
	المجموعة*نوع الإعاقة	6.971	1	6.971	0.322	0.576
	الخطأ	541.902	25	21.676		
	الكلي	24155.8	29			

* دالة إحصائيا

تشير النتائج في الجدول (8) إلـــى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عنـــد مـــستوى الدلالـــة (α =0.05) في المتوسطات الحسابية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً على التطبيق البعدي لمقيـــاس مهارات الحياة اليومية تعزى إلى التفاعل بين متغيري المجموعة (التجريبية، الضابطة) ودرجة الإعاقة (كف بصر ، ضعيف بصر) على بعدي " مهارات إعداد الأطعمة وتناولها" و " مهـــارات التواصـــل"، حيث بلغت قيم (ف) المحسوبة لهما (4.407) و (5.595) وهذه القيم دالة إحـــصائيا علـــى مـــستوى الدلالة (α =0.05)، في حين تشير النتائج في الجدول (8) إلـــى عـــدم وجـــود فـــروق ذات دلالـــة إحصائية عند مستوى الدلالة (α =0.05) في المتوسطات الحسابية لدرجات الأطفال المعاقين بـــصرياً على التطبيق البعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية تعزى إلـــى التفاعـــل بـــين متغيـــري المجموعـــة (التجريبية، الضابطة) ودرجة الإعاقة (كف بصر ، ضعيف بصر) على باقي الأبعاد (مهارات العنايـــة بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات العناية بالمنزل، مهـــارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية) وعلى المقياس الكلي حيث تراوحت قيم "ف" المحسوبة لها ما بـــين (0.267) و(0.713) وهذه القيم غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α =0.05)، وقد تمّ توضـــيح نتيجة التفاعل بين متغيري المجموعة (التجريبية، الضابطة) ودرجة الإعاقة (كف بصر ، ضعيف بصر) على بعدي " إعداد الأطعمة وتناولها" و "مهارات التواصل" كما يلي:

ويوضح الشكل (1) اثر تفاعل (المجموعة ودرجة الإعاقة) على بعـد "مهـارات إعـداد الأطعمة وتناولها"



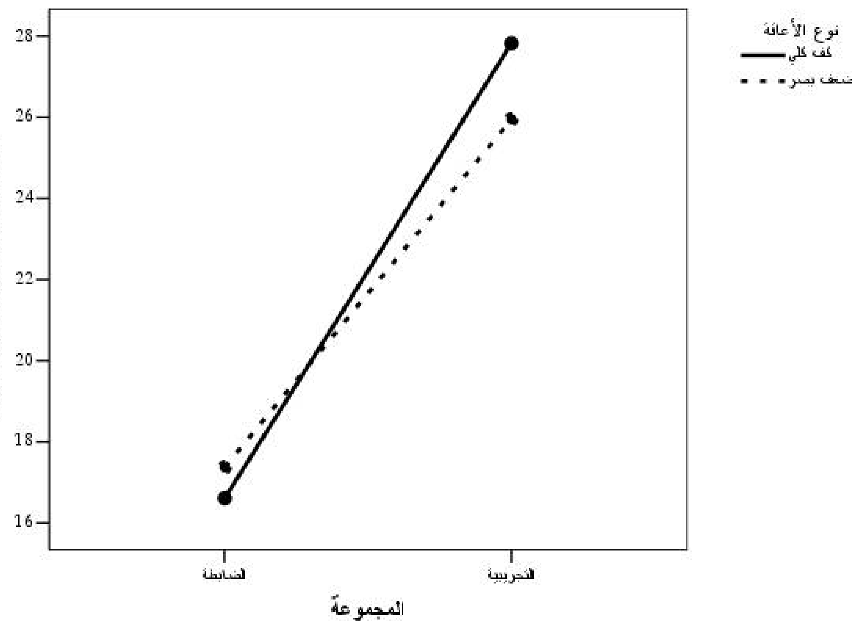
الشكل (1)

أثر تفاعل (المجموعة ودرجة الإعاقة) للأطفال المعاقين بصرياً على بعد مهارات أعداد الأطعمة وتناولها.

يظهر من الشكل (1) أن الأطفال الذين يعانون من ضعف البصر في المجموعة التجريبية ازدادت لديهم مهارات إعداد الأطعمة وتناولها بدرجة تفوق الأطفال الذين يعانون من الكفّ الكلي وبصورة واضحة حيث بلغ المتوسط الحسابي المعدّل لأطفال المجموعة التجريبية الذين يعـانون من ضعف البصر (27.32) مقابل (24.51) لأطفال المجموعة التجريبية الذين يعانون من الكفّ الكلي، في حين تتقارب المتوسطات الحسابية المعدلة للأطفال المعاقين بـصرياً فـي المجموعـة الضابطة ممن يعانون من ضعف البصر والكفّ الكلي حيث بلغ المتوسط الحسابي المعدّل لأطفال

المجموعة الضابطة الذين يعانون من ضعف البصر (18.14) مقابل (17.54) لأطفال المجموعة الضابطة الذين يعانون من الكفّ الكلي.

-كما يوضح الشكل (2) أثر تفاعل (المجموعة ودرجة الإعاقة) على بعد "مهارات التواصل"



الشكل (2) أثر تفاعل (المجموعة ودرجة الإعاقة) للأطفال المعاقين بصرياً على بعد مهارات التواصل.

يظهر من الشكل (2) أن الأطفال الذين يعانون من الكفّ الكلي في المجموعة التجريبية ازدادت لديهم مهارات التواصل بدرجة أعلى من مهارات التواصل للأطفال الذين يعانون من ضعف البصر حيث بلغ المتوسط الحسابي المعدّل لأطفال المجموعة التجريبية الذين يعانون من الكفّ الكلي (27.83) مقابل (25.96) لأطفال المجموعة التجريبية الذين يعانون من ضعف البصر، في حين يشير الشكل (2) إلى تقارب المتوسطات الحسابية المعدلة للأطفال المعاقين بصرياً في المجموعة الضابطة ممن يعانون من ضعف البصر والكفّ والكلي حيث بلغ المتوسط الحسابي المعدّل لأطفال المجموعة الضابطة الذين يعانون من ضعف البصر (16.61) مقابل

(17.37) لأطفال المجموعة الضابطة الذين يعانون من الكفّ الكلي، وبالتالي يمكن القول إن البرنامج التدريبي السلوكي يؤدي إلى تطوير مهارات إعداد الأطعمة وتناولها لدى الأطفال المعاقين بصرياً من ضعاف البصر بصورة تفوق الأطفال المعاقين بصرياً من ذوي الكفّ الكلي، في حين أن البرنامج التدريبي السلوكي يؤدي إلى تطوير مهارات التواصل لدى الأطفال المعاقين بصرياً من ذوي الكفّ الكلي بصورة تفوق الأطفال المعاقين بصرياً من ضعاف البصر.

في حين يسهم البرنامج التدريبي السلوكي في تطوير مهارات (العناية بالجسم والسلامة الصحية، وارتداء الملابس والحفاظ عليها، والعناية بالمنزل، والأمان والعناية بالأدوات الشخصية) ومهارات الحياة اليومية بشكل عام لدى الأطفال المعاقين بصرياً من ذوي الكفّ الكلي وضعاف البصر بدرجة متقاربة.

والنتائج السابقة تشير إلى رفض جزئي للفرضية الثانية في أبعاد (مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات التواصل) وقبول صحة الفرضية في بقية أبعاد المقياس والمتمثلة في (مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية).

ثالثا: النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة ونصّها:

" لا يوجد تفاعل دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية وجنس الطفل (ذكر، أنثى)" يعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي.

بهدف فحص الفرضية الثالثة ولاختبار دلالة الفروق في درجات الأطفال المعاقين بصرياً على مقياس مهارات الحياة اليومية في ضوء التفاعل بين متغيري المجموعة (التجريبية،

الضابطة) والجنس (ذكر، أنثى)، قام الباحث باستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية (مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل)، وذلك تبعا للمجموعة (التجريبية، الضابطة) والجنس (ذكر، أنثى)، وكانت النتائج كما في الجدول (9).

الجدول (9)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيقين القبلي والبعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية تبعا للمجموعة والجنس

أبعاد المقياس	التطبيق	الإحصاءات الوصفية	المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية		
			ذكر	أنثى	المجموع	ذكر	أنثى	المجموع
مهارات العناية بالجسم	القبلي	المتوسط الحسابي	15.00	15.75	15.40	14.89	15.33	15.07
		الانحراف المعياري	2.31	2.32	2.26	3.14	2.42	2.79
	البعدي	المتوسط الحسابي	18.00	18.75	18.40	25.56	26.67	26.00
		الانحراف المعياري	2.89	1.39	2.17	2.65	2.58	2.59
مهارات ارتداء الملابس	القبلي	المتوسط الحسابي	13.86	14.38	14.13	15.67	14.33	15.13
		الانحراف المعياري	1.57	2.56	2.10	3.24	2.58	2.97
	البعدي	المتوسط الحسابي	17.14	17.88	17.53	25.78	26.50	26.07
		الانحراف المعياري	1.95	1.64	1.77	2.54	2.35	2.40
مهارات إعداد الطعام	القبلي	المتوسط الحسابي	15.43	15.13	15.27	16.00	15.67	15.87
		الانحراف المعياري	1.51	1.73	1.58	3.39	4.13	3.56
	البعدي	المتوسط الحسابي	17.43	17.63	17.53	26.44	26.00	26.27
		الانحراف المعياري	1.72	1.77	1.69	2.51	2.00	2.25
مهارات العناية بالمنزل	القبلي	المتوسط الحسابي	13.57	13.25	13.40	14.56	14.33	14.47
		الانحراف المعياري	1.90	1.67	1.72	2.60	2.07	2.33
	البعدي	المتوسط الحسابي	15.00	15.88	15.47	27.56	26.83	27.27
		الانحراف المعياري	1.41	1.81	1.64	1.74	1.17	1.53
الأمان والعناية بالأدوات الشخصية	القبلي	المتوسط الحسابي	15.00	13.63	14.27	14.89	14.50	14.73
		الانحراف المعياري	0.82	1.30	1.28	2.76	1.76	2.34
	البعدي	المتوسط الحسابي	18.14	17.00	17.53	26.00	26.50	26.20
		الانحراف المعياري	1.35	2.27	1.92	2.69	1.05	2.15
مهارات التواصل	القبلي	المتوسط الحسابي	13.71	13.88	13.80	13.89	13.33	13.67
		الانحراف المعياري	2.29	1.36	1.78	3.59	2.58	3.13
	البعدي	المتوسط الحسابي	16.57	17.25	16.93	27.11	26.67	26.93
		الانحراف المعياري	2.44	1.75	2.05	0.78	1.63	1.16
الدرجة الكلية	القبلي	المتوسط الحسابي	86.57	86.00	86.27	89.89	87.50	88.93
		الانحراف المعياري	6.00	7.07	6.36	15.54	13.77	14.39
	البعدي	المتوسط الحسابي	102.29	104.38	103.40	158.44	159.17	158.73
		الانحراف المعياري	5.06	5.66	5.30	9.25	4.75	7.55

تظهر النتائج في الجدول (9) وجود فروق (ظاهرية) في المتوسطات الحسابية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيق القبلي لمقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية تبعـــا لمتغيـــر المجموعة (التجريبية، الضابطة)، كذلك وجود فروق (ظاهرية) في المتوسطات الحسابية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيق القبلي لمقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعيـــة تبعـــا

لمتغير الجنس (ذكر، أنثى)، حيث تم ضبط هذه الفروق إحصائيا باستخدام تحليل التباين الثنـــائي المشترك (Two Way ANCOVA).

كذلك تظهر النتائج في الجدول (9) وجود فروق (ظاهرية) فـــي المتوســطات الحــسابية لدرجات الأطفال في التطبيق البعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية تبعا لمتغيـــر المجموعة (التجريبية، الضابطة)، كذلك وجود فروق (ظاهرية) في المتوسطات الحسابية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيق البعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية تبعـــا لمتغير الجنس (ذكر، أنثى).

ولمعرفة إذا ما كانت تلك الفروق الظاهرية في المتوسطات الحسابية على التطبيق البعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية ذات دلالة إحصائية وفقاً للتفاعل بين متغيري المجموعة (التجريبية، الضابطة) والجنس (ذكر، أنثى)، وبهدف عزل الفروق على التطبيق القبلي لمقياس مهارات الحياة اليومية تم إجراء اختبار تحليل التباين الثنائي المشترك (Two Way ANCOVA) عند مستوى الدلالة (α =0.05)، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول (10).

الجدول (10).

نتائج تحليل التباين الثنائي للكشف عن دلالة الفرق بين درجات الأطفال المعاقين بصرياً على مقياس مهارات الحياة اليومية تبعاً للتفاعل بين متغيري المجموعة والجنس (ذكر، أنثى)

أبعاد المقياس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف المحسوبة	مستوى الدلالة
مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية	المقياس القبلي	26.574	1	26.574	5.252	0.031
	المجموعة	449.096	1	449.096	88.767	0.000
	نوع الإعاقة	3.536	1	3.536	0.699	0.411
	المجموعة*الجنس	0.421	1	0.421	0.083	0.775
	الخطأ	126.482	25	5.059		
	الكلي	592.8	29			
مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها	المقياس القبلي	47.379	1	47.379	16.136	0.000
	المجموعة	474.545	1	474.545	161.612	0.000
	نوع الإعاقة	6.399	1	6.399	2.179	0.152
	المجموعة*الجنس	1.581	1	1.581	0.538	0.470
	الخطأ	73.408	25	2.936		
	الكلي	670.8	29			
مهارات إعداد الأطعمة وتناولها	المقياس القبلي	12.803	1	12.803	3.3	0.081
	المجموعة	531.299	1	531.299	136.921	0.000
	نوع الإعاقة	0.015	1	0.015	0.004	0.950
	المجموعة*الجنس	0.736	1	0.736	0.190	0.667
	الخطأ	97.008	25	3.88		
	الكلي	682.7	29			
مهارات العناية بالمنزل	المقياس القبلي	19.572	1	19.572	10.554	0.003
	المجموعة	882.478	1	882.478	475.894	0.000
	نوع الإعاقة	0.257	1	0.257	0.139	0.713
	المجموعة*الجنس	4.916	1	4.916	2.651	0.116
	الخطأ	46.359	25	1.854		
	الكلي	1114.967	29			
مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية	المقياس القبلي	45.091	1	45.091	17.272	0.000
	المجموعة	512.75	1	512.75	196.407	0.000
	نوع الإعاقة	0.601	1	0.601	0.23	0.635
	المجموعة*الجنس	1.635	1	1.635	0.626	0.436
	الخطأ	65.266	25	2.611		
	الكلي	679.467	29			
مهارات التواصل	المقياس القبلي	8.071	1	8.071	2.995	0.096
	المجموعة	734.578	1	734.578	272.608	0.000
	نوع الإعاقة	0.185	1	0.185	0.069	0.796
	المجموعة*الجنس	1.721	1	1.721	0.639	0.432
	الخطأ	67.366	25	2.695		
	الكلي	827.867	29			
المقياس الكلي	المقياس القبلي	506.523	1	506.523	18.961	0.000
	المجموعة	21549.64	1	21549.64	806.696	0.000
	نوع الإعاقة	28.416	1	28.416	1.064	0.312
	المجموعة*الجنس	0.821	1	0.821	0.031	0.862
	الخطأ	667.836	25	26.713		
	الكلي	24155.87	29			

تشير النتائج في الجدول (10) إلـــى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مـــستوى الدلالة (0.05= α) في المتوسطات الحسابية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً علـــى التطبيـــق البعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية تعزى إلى التفاعل بين متغيـــري المجموعـــة (التجريبيـــة، الضابطة) والجنس (ذكر، أنثى) على مقياس مهارات الحياة اليومية الكلي، وعلى الأبعاد الفرعيـــة (مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل).

حيث تراوحت قيم "ف" المحسوبة لها ما بين (0.031) (2.651)وهذه القيم غيـــر دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05= α) وبالتالي يتم قبول الفرضية البحثية ونصها "لا يوجد تفاعل دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05= α) بين متوسطات درجات الأطفـــال المعـــاقين بصرياً في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية وجـــنس الطفـــل (ذكر، أنثى)".

رابعا: النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة ونصّها:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً (كفّ بصر ، ضعف بصر) في المجموعة التجريبية على مقياس مهارات الحياة اليومية في التطبيقين البعدي والمتابعة على مقياس مهارات الحياة اليومية تعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي".

بهدف فحص الفرضية الرابعة قام الباحث بحساب درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعة التجريبية (التي خضعت إلى البرنامج التدريبي السلوكي) وذلك على مقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية (مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل،

مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل) البعدي والمتابعة، وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول (11).

جدول (11)

درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعة التجريبية تبعاً لأدائهم على مقياس مهارات الحياة اليومية في التطبيقين البعدي والمتابعة.

رقم الطالب	مقياس مهارات الحياة اليومية													
	العناية بالجسم والسلامة الصحية		ارتداء الملابس والحفاظ عليها		إعداد الأطعمة وتناولها		العناية بالمنزل		الأمان والعناية بالأدوات الشخصية		التواصل		المقياس الكلي	
	البعدي	المتابعة	البعدي	المتابعة	البعدي	المتابعة	البعدي	المتابعة	البعدي	المتابعة	البعدي	المتابعة	البعدي	المتابعة
B1	28	27	27	24	27	24	29	28	27	23	28	24	166	150
B2	28	25	29	24	28	27	28	25	27	30	27	28	167	159
B3	27	27	26	27	28	28	27	26	27	26	24	28	159	162
B4	24	26	23	27	24	27	25	26	24	25	26	26	146	157
B5	27	25	26	26	24	26	25	24	29	22	27	24	158	147
B6	26	25	28	25	30	21	30	26	29	26	27	21	170	144
B7	28	28	26	26	29	25	29	27	28	20	26	23	166	149
B8	24	23	22	25	23	26	28	26	25	25	28	29	150	154
B9	25	26	28	26	28	30	27	29	21	26	27	24	156	161
B10	29	27	30	29	23	30	28	25	26	27	27	28	163	166
B11	28	26	28	25	27	21	27	27	27	25	26	28	163	152
B12	29	23	26	28	25	26	28	29	28	25	27	26	163	157
B13	20	27	23	22	25	25	27	28	24	24	28	28	147	154
B14	24	22	26	30	25	30	26	24	25	24	29	25	155	155
B15	23	27	23	17	28	20	25	26	26	20	27	19	152	129

يبين الجدول رقم (11) وجود اختلاف بين درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعة التجريبية التي خضعت إلى البرنامج التدريبي السلوكي في التطبيقين البعدي والمتابعة لمقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية (مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية، مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها، مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، مهارات العناية بالمنزل، مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية، مهارات التواصل)، وبهدف فحص الفرضية البحثية قام الباحث باستخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) لحساب دلالة الفرق بين رتب درجات الأطفال المعاقين بصرياً في التطبيقين البعدي والمتابعة لمقياس مهارات الحياة اليومية وأبعاده الفرعية، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول (12).

جدول (12)

نتائج اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) لحساب دلالة الفرق بين رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية، في التطبيقين البعدي والمتابعة على مقياس مهارات الحياة اليومية .

أبعاد مقياس مهارات الحياة اليومية	التطبيق	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب −	متوسط الرتب +	قيمة Z المحسوبة	مستوى الدلالة
مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية	البعدي	26.00	2.59	6.39	8.38	0.846−	0.397
	المتابعة	25.60	1.77				
مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها	البعدي	26.07	2.40	7.00	7.00	0.737−	0.461
	المتابعة	25.40	3.09				
مهارات إعداد الأطعمة وتناولها	البعدي	26.27	2.25	8.42	5.79	0.350−	0.726
	المتابعة	25.73	3.22				
مهارات العناية بالمنزل	البعدي	27.27	1.53	8.83	5.10	1.724−	0.085
	المتابعة	26.40	1.60				
مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية	البعدي	26.20	2.15	7.67	5.50	1.649−	0.099
	المتابعة	24.53	2.59				
مهارات التواصل	البعدي	26.93	1.16	8.56	4.50	1.616−	0.106
	المتابعة	25.40	2.92				
المقياس الكلي	البعدي	158.73	7.55	10.00	4.17	1.728−	0.084
	المتابعة	153.07	8.89				

يتضح من الجدول (12) أن الفرق بين رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والمتابعة لم تكن ذات دلالة إحصائية. حيث أظهرت نتائج استخدام اختبار ولكوكسون (Wilcoxon) لحساب دلالة الفرق بين رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والمتابعة أن قيم (Z) المحسوبة تراوحت ما بين (−1.728) و (−0.350) وهذه القيم غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05= α).

وبالتالي يتم قبول الفرضية البحثية ونصها "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05= α) بين متوسطات درجات الأطفال المعاقين بصرياً (كفّ بصر،ضعف

بصر) في المجموعة التجريبية في التطبيقين البعدي والمتابعة على مقياس مهارات الحياة اليومية تعزى للبرنامج التدريبي السلوكي".

بمعنى أن البرنامج التدريبي السلوكي يسهم في تطوير مهارات (العناية بالجسم والسلامة الصحية، وارتداء الملابس والحفاظ عليها، وإعداد الأطعمة وتناولها، والعناية بالمنزل، والأمان والعناية بالأدوات الشخصية، والتواصل) ومهارات الحياة اليومية بشكل عام لدى الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعف بصر) بنفس الدرجة التي يؤدي بها البرنامج السلوكي في الاحتفاظ بمهارات الحياة اليومية.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

الفصل الخامس

مناقشة النتائج

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي تم التوصل إليها من جراء تطبيق أدوات الدراسة والمتمثلة في مقياس مهارات الحياة اليومية على أفراد العينة (قبل، بعد، متابعة) وتطبيق البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً في المرحلة العمرية من (4–6) سنوات وبعد معالجة البيانات التي تم التوصل إليها إحصائيا والوصول إلى نتائج الدراسة، يمكن مناقشة النتائج على النحو التالي:

أولاً: مناقشة النتائج

أولا: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى، والتي تنص على " **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha =0.05$) بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية تعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي**".

أشارت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات بالنسبة للفرضية الأولى إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية($\alpha =0.05$) بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية بأبعاده الفرعية لصالح أفراد المجموعة التجريبية، وبناء عليه يمكن الاستنتاج بأن تدريب الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر ، ضعاف البصر) من خلال برنامج التدريب السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية المبني على أسس نظرية وعلمية، وموجه بطريقة محددة يؤدي إلى تطوير في مهاراتهم الحياتية اليومية بشكل فعال وملحوظ حسبما آلت إليه نتائج الدراسة وبالتالي تحقق الهدف من تقديم هذا البرنامج لهم.

وقد اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج الدراسات التي اهتمت بدراسة أثر وفاعلية البرامج المقدمة للطفل المعاق بصرياً (كف بصر، ضعيف بصر) حيث أظهرت نتائج جميع هذه الدراسات وجود آثار دالة إحصائيا تعزى إلى البرامج التدريبية المقدمة للطفل المعاق بصرياً، ومنها: دراسة نجدي (1990)، دراسة تشن وهني (Chen & Haney, 1995)، دراسة عبد الهادي (2002)، دراسة برمبرنج (Brambring, 2001).

ويمكن تفسير النتائج التي توصلت إليها الدراسة في الفرضية الأولى بأنها نتيجة منطقية ومقبولة وذلك للأسباب التالية:

إنّ هذا البرنامج هو برنامج تطبيقي ومبني على أسس واقعية وعلمية، وتمّ تقديمه من قبل مختصين ممارسين مما عمل على زيادة دافعية الأطفال لتحقيق الهدف المرجو من تطبيق هذا البرنامج كون البرنامج وضع أهدافاً بسيطةً و سهلةً وواقعيةً من واقع حياة الطفل وواقع معيشته اليومية، كما كانت أهداف البرنامج التدريبية مناسبة لقدرات وخصائص هذه المرحلة العمرية للطفولة المبكرة من (4–6) سنوات مما سهل تطبيق هذه المهارات الحياتية اليومية وبالتالي سهلت وبشكل كبير في عملية تحقيق الأهداف التي تم تدريب الأطفال عليها، وكان لتعدد الوسائل التدريبية الملموسة والمسموعة مثل: (مجسمات، تسجيلات صوتية) والقريبة من حاجات الطفل التي تمّ استخدامها أثناء التدريب كان لها دورٌ مهمٌ في تشجيع الأطفال على تنمية مهارات الحياة اليومية لديهم، كما لعبت فنيات تطبيق البرنامج دوراً مهماً في تحقيق نتائج البرنامج المرسوم له، وبالتالي تحقيق الأهداف التدريبية الموضوعة للطفل بحيث تم تحليل المهارة المراد تدريبها للأطفال بالإضافة إلى التعميم والتمييز والتسلسل، بالإضافة إلى مجموعة فنيات معتمدة على نظرية تعديل السلوك، وتمت تهيئة جو مريح خال من الضجيج، واستخدام لغة قريبة من الطفل والتحدث معه بطريقة واضحة ومفهومة.

كما كان لأساليب التعزيز المختلفة التي تم استخدامها من قبل الباحث والمعلمات القائمات على التطبيق دورٌ مهمٌ في تحقيق كثير من الأهداف التدريبية التي رسمت للطفل، وخاصة أساليب التعزيز اللفظي والمادي والتي تم استخدامها بشكل منظم وعند الحاجة.

ثانيا: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية والتي تنص على (لا يوجد تفاعل دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية ودرجة الإعاقة (كف بصر ، ضعيف بصر) يعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي.

أشارت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات بالنسبة للفرضية الثانية إلى وجود فروق للدلالة الإحصائية غير مستوى الدلالة (α =0.05) بين متوسطات حسابية لدرجات الأطفال المعاقين بصرياً(كف بصر، ضعاف بصر) على التطبيق البعدي لمقياس مهارات الحياة اليومية، يعزى إلى التفاعل بين متغيري المجموعة (التجريبية، الضابطة) ودرجة الإعاقة (كف بصر، ضعف بصر) على بعدي (مهارات إعداد الأطعمة وتناولها، ومهارات التواصل)، بينما لم توجد فروق دالة إحصائيا نظرا للتفاعل في بقية أبعاد المقياس والدرجة الكلية.

ويمكن القول بأن البرنامج التدريبي السلوكي يؤدي إلى مهارات إعداد الأطعمة وتناولها لدى الأطفال المعاقين بصرياً (ضعيف البصر) بصورة تفوق الأطفال المعاقين بصرياً (كف بصر)، في حين أن البرنامج السلوكي يؤدي إلى تطوير مهارات التواصل لدى الأطفال المعاقين بصرياً من ذوي (الكفّ الكلي) بصورة تفوق الأطفال المعاقين بصرياً (ضعاف البصر)، في حين أسهم البرنامج التدريبي السلوكي في تطوير باقي المهارات (العناية بالجسم والسلامة الصحية، ارتداء الملابس والحفاظ عليها، العناية بالمنزل، الأمان والعناية بالأدوات الشخصية) لدى الأطفال المعاقين بصرياً من ذوي (الكفّ الكلي وضعاف البصر) بصورة متقاربة، ولم يتوفر للباحث

التوصل إلى دراسات سابقة اهتمت بدراسة متغير درجة الإعاقة كمتغير مستقل، إلى جانب برنامج تدريبي سلوكي، إلا أن الباحث أضاف هذا المتغير إلى متغيرات دراسته، وذلك للتأكد من أهمية درجة الإعاقة (كف بصر ، ضعف بصري) في عملية تطور المهارات الحياتية المرتبطة بالبرنامج التدريبي،كما أن التبسيط بالوسائل والتقنيات المستخدمة وأساليب التعزيز المستخدمة، وظروف التطبيق، والمتابعة المستمرة، أسهم بشكل كبير في عدم وجود فروق واضحة في مهارات (العناية بالجسم والسلامة الصحية، ارتداء الملابس والحفاظ عليها، العناية بالمنزل، الأمان والعناية بالأدوات الشخصية)، وبالتالي كانت درجة الإفادة من البرنامج بنسبة متساوية لكلتا الفئتين من المعاقين بصرياً و يرى الباحث أن هذه النتيجة معقولة ومنطقية للأسباب التالية:

افادة أفراد فئتي الإعاقة (كف بصر ، ضعف بصري) من البرنامج التدريبي كانت متساوية إلى حد ما في مهارات (العناية بالجسم والسلامة الصحية، ارتداء الملابس والحفاظ عليها، العناية بالمنزل، الأمان والعناية بالأدوات الشخصية) وأن البرنامج التدريبي لم يركز على فئة دون غيرها، كما أن أفراد فئتي الإعاقة (كف بصر ، ضعف بصر) أثناء تطبيق البرنامج كانت لهم نفس درجة الحماس والدافعية، لذلك كانت النسبة إلى حد ما متساوية لكلتا الفئتين، كما يعزى سبب تفوق أداء المعاقين بصرياً (ضعاف البصر) في البرنامج التدريبي السلوكي في مهارة إعداد الأطعمة وتناولها إلى كونها من أكثر المهارات التي تتطلب أداء مهارياً دقيقاً وتأزراً حسيا حركيا وبالتالي فإن الطفل ضعيف البصر يوظف بقايا البصر لديه في أداء هذه المهارات، في حين أن الطفل المعاق بصرياً (كف بصر) يعاني من رهبة وتخوف عند أدائه لهذه المهارات، ويعزى ذلك إلى أن هذه المهارة يؤديها في حياتيه اليومية غالبا أمام مجموعة من الناس مما يشعره بالحرج إذا ارتكب أي خطأ عند ممارسته لهذه المهارة (أن ينسكب الطعام على ملابسه عند تناوله للأكل، أن ينكسر كوب أو صحن إذا استخدم بطريقة خاطئة)، كما يعزى سبب تفوق أداء

المعاقين بصرياً(كف بصر) في البرنامج التدريبي السلوكي في مهارات التواصل بسبب أن الطفل يعتمد على حاسة السمع بشكل رئيس ويوظفها توظيفاً كاملاً في مهارات التواصل، وبالتالي فإن أداءه اللفظي كان أفضل من الطفل المعاق بصرياً (ضعيف بصر)، كما أن تبسيط الوسائل والتقنيات المستخدمة وأساليب التعزيز وظروف التطبيق الموحدة والمتشابهة كان لها دور في عدم ظهور فروق في باقي المهارات و تفاعلها مع درجة الإعاقة.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة والتي تنص على " لا يوجد تفاعل دال إحصائيا عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بصرياً في المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية وجنس الطفل (ذكر، أنثى)" يعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي.

أشارت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات بالنسبة للفرضية الثالثة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى (α =0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مهارات الحياة اليومية يعزى إلى التفاعل بين المجموعة وجنس الطفل بعد تطبيق البرنامج التدريبي السلوكي، وبالرغم من أنه لم تتوافر للباحث دراسات اهتمت بدراسة متغير الجنس (ذكر أم أنثى) وتفاعله مع المهارات الحياتية على مثل هذه البرامج التدريبية، إلا أن الباحث يرى أن هذه النتيجة معقولة ومنطقية، وقد يعزى السبب في ذلك إلى قيام القائمين على التطبيق في البرنامج التدريبي بالتصرفات نفسها تجاه الطلبة سواء أكانوا ذكورا أم إناثا في كافة المواضيع التي تم تدريبهم عليها، وهذه النتيجة تشير إلى أن البرنامج التدريبي لم يفرق في الأنشطة والتدريبات التي قدمت طوال فترة التدريب فيما بين الذكور والإناث، وأنه لم يتم تخصص أنشطه أو تدريبات لكل جنس على حدة، وإنما كانت التدريبات ملائمة لكلا الجنسين من الذكور والإناث وفي ذات المرحلة العمرية، كما يشير ذلك أيضا إلى أن افادة أفراد المجموعة التجريبية

من الذكور والإناث من أنشطة وتدريبات البرنامج كانت متساوية، وذلك حيث أنه مــن شــروط اختيار أفراد العينة طبقت كافة الشروط على كل من الذكور والإناث، من أفــراد العينــة فكانــت أعمارهم الزمنية متساوية وكذا درجة الإعاقة لدى كل من الذكور والإناث، وفــي نفــس البيئــة الاجتماعية والاقتصادية ويتلقون نفس الخدمات والتدريبات في الروضة، فأدى ذلك إلى عدم وجود تفاعل بين البرنامج وجنس الطفل.

مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة والتي تنص على "لا توجد فروق ذات دلالة إحــصائية عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين متوسط درجات الأطفال المعاقين بــصرياً (كــف بــصر ، ضعيف بصر) في المجموعة التجريبية على مقياس مهارات الحياة اليوميــة فــي التطبيقــين البعدي والمتابعة على مقياس مهارات الحياة اليومية تعزى إلى اللبرنامج التدريبي السلوكي".

أشارت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات بالنسبة للفرضية الرابعة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α =0.05) بين متوسط درجات الأطفال المعــاقين بــصرياً (كف بصر، ضعيف بصر) في المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والمتابعة على مقيــاس مهارات الحياة اليومية يعزى إلى البرنامج التدريبي السلوكي، وبالرغم من وجود فروق بسيطة في جوانب المهارات الحياتية بين التطبيقين البعدي والمتابعة، إلا أن هذه الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية بين التطبيقين البعدي والمتابعة، وهذه النتيجة تشير إلــى اســتمرارية فاعليــة البرنامج التدريبي السلوكي الذي قدم لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بــصرياً فــي المرحلة العمرية من (4–6) سنوات وأن درجة ومستوى تحسن مهارات الحياة اليومية لدى أفراد العينة التجريبية لم تتأثر بعد مضي شهر من انتهاء التطبيق للبرنامج التدريبي الــسلوكي، وذلــك يشير إلى أن مستوى المهارات التي تعلمها أطفال المجموعة التجريبية لم ينقص بل ظــل علــى مستوى الثبات وإن زادت درجات الأطفال في أبعاد المقياس في تطبيق البعدي ، إلا أنها لم تصل

إلى حد الدلالة الإحصائية، وذلك يشير إلى استمرارية فعالية البرنامج التدريبي السلوكي في تحقيق الهدف الذي وضع من أجله، وذلك يدعونا إلى تعميم البرنامج على عينات مماثلة لأفراد الدراسة الحالية حتى تتم الافادة القصوى من البرنامج وأنشطته في تنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً في مرحلة ما قبل المدرسة.

وبالرغم أيضا من عدم توافر دراسات تجريبية للباحث حول متغير المتابعة، إلا أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج دراسة كل من أغرادي (2002)، شنايدر (2004)، سغردسون (2000)، هنر (2000) حيث أظهرت نتائج هذه الدراسات أن لهذه البرامج أثراً كبيراً في إكساب الأطفال مهارات حياتية مختلفة تمارس دورا بارزا في حياة الطفل، وذلك إذا ما نفذت بطريقة ممتعة باستخدام أساليب التعزيز والحوار والنقاش وتحليل المحتوى والتعلم باللعب والّتعلّم بالاستكشاف والتّعلّم من خلال رواية القصص.

كما يفسر الباحث النتيجة التي تمّ التّوصل إليها من فاعلية البرنامج التدريبي الذي تم تقديمه لتنمية مهارات الحياة اليومية وثبات نتائجه لدى أفراد المجموعة التجريبية في تطور مهارات الحياة اليومية إلى استعانة الباحث عند تطبيق البرنامج بالخبرات المباشرة والخبرات غير المباشرة عن طريق معايشته لفئة من الأطفال المعاقين بصرياً، واستخدام وسائل تشتمل على تسجيلات صوتية وذلك لأهميتها بالنسبة للطفل المعاق بصرياً، كما أنه استعان عند تطبيق البرنامج بالنماذج والخامات البيئية المختلفة المناسبة لهذه الفئة مثل: مجسمات محسوسة (بشكير، صحن، كأس، فرشاة أسنان، مشط، سرسر ..... الخ)، ومثل هذه النتيجة في النهاية هي لصالح البرنامج التدريبي ودليل على معايشته، وهذا ما أكد عليه الأدب النظري وهو الحاجة الدائمة والمستمرة إلى استخدام برنامج تدريبي لتنمية مهارات الحياة اليومية.

ثانيا: التوصيات

على ضوء النتائج التي انتهت إليها الدراسة يمكن تقديم الدراسات التالية المقترحة والتـــي من شأنها أن تسهم في تنمية المهارات الحياتية اليومية للأطفال المعاقين بصرياً (كــفّ بــصر، ضعيف بصر) بالإضافة إلى تقديم بعض التوصيات في هــذا المجــال ومــن هــذه الدراســات المقترحة:-

دراسات بحثية مقترحة:

1. إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية على عينات مماثلة في مراكز ومؤسسات وروضات الأطفال المعاقين بصرياً، بهدف الافادة من البرنامج التدريبي السلوكي الذي تم استخدامه في الدراسة الحالية.
2. إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية تتناول عينات من الأطفال في مراحل عمرية مختلفة ومن بيئات اجتماعية واقتصادية مختلفة.
3. إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية تهدف إلى تقديم برنامج تدخل مبكر لتنمية المهارات المعرفية والاستعداد للمدرسة للأطفال المعاقين بصرياً في مرحلة الروضة.

ومن التوصيات :

1- تطبيق البرنامج التدريبي السلوكي، لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً على عينات مماثلة لأفراد عينة الدراسة الحالية.

2- تدريب معلمي وأخصائيات التربية الخاصة والأمهات على تطبيق المهارات الحياتيــة لــدى الأطفال في مرحلة الروضة لما لها من أهمية بالغة في زيادة ثقة الأطفال بأنفسهم، وزيادة تفاعلهم وتواصلهم مع أقرانهم المبصرين في المجتمع.

3- التركيز في منهاج رياض الأطفال للمعاقين بصرياً على تدريبات وأنشطة من أجلّها الإســـهام في تنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين

قـــائـــمة الـــمراجـــع

قائمة المراجع:

أولاً: باللغة العربية:

إسماعيل، نبيه إبراهيم (2006). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة**، القاهرة: مكتبة الإنجلو المصرية

الصغير، أحمد (2007). مدى توظيف المهارات الحياتية في مناهج التربية الرياضية في الجامعة الأردنية، **مؤتمر كلية التربية الرياضية**، جامعة اليرموك، الأردن.

الحديدي، منى (2002). **مقدمة في الإعاقة البصريّة**، ط2، عمان: دار الفكر.

حسين، فاطمة ناصر (2003). تأثير برنامج للألعاب التعاونية على تحسين أداء الحركات الأساسية للمرحلة السنية بين (5-6) سنوات في إحدى مدارس رياض الأطفال في عمان، **رسالة ماجستير غير منشورة**، الجامعة الأردنية، الأردن.

الحكيم، شيرين (2002). فاعلية برنامج بورتيج للتنمية الشاملة للطفولة المبكرة لزيادة معدل النمو الاجتماعي لطفل ما قبل المدرسة، **أطروحة دكتوراة غير منشورة**، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

خالد، فواز (2006). **التربية العملية للمكفّوفين ورعايتهم وتعليمهم**، الأردن: دار أسامة.

الخطيب، جمال (2003). **الشلل الدماغي والإعاقة الحركية**، عمان: دار الفكر.

الخطيب، جمال (2004). **تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية**، عمان: دار وائل.

الخطيب، جمال والحديدي، منى (1997). **المدخل إلى التربية الخاصة**، الكويت: مكتبة الفلاح.

الخطيب، جمال والحديدي، منى (2004). **التدخل المبكرة في التربية الخاصة**، عمان: دار الفكر.

الروسان، فاروق وهارون، صالح (2001). **مناهج وأساليب تدريس مهارات الحيـــاة اليوميـــة لذوي الفئات الخاصة**، الرياض: مطبعة الملك فهد الوطنية.

الزريقات، إبراهيم (2006). **الإعاقة البصرية: المفاهيم الأساسية والاعتبارات التربوية**، عمان: دار المسيرة.

الزريقات، إبراهيم (2009). **التدخل المبكر: النماذج والإجراءات**، عمان: دار المسيرة.

زيتون، كمال عبد الحميد (2003). **التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة**، القاهرة: عالم الكتب.

السيد، خالد عبد الرزاق (2002). **سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**. القاهرة: مركز الإسكندرية للكتاب.

سليمان، عبد الرحمن سيد (2007). المعوقون بصريا، الرياض: دار الزهراء.

سيسالم، كمال سالم (1997). **المعاقون بصرياً خصائصهم ومناهجهم**، القاهرة: الدار المـــصرية اللبنانية.

شقير، زينب محمود (2002). **خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة (الدمج الشامل – التدخل المبكر – التأهيل المتكامل)**، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

صبحي، سيد (1983). **إبتكارية الكفّيف، المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفّوفين**، القاهرة.

صبحي، سيد (2000). **تربية الكفّيف رؤية معاصرة، المركـــز النمـــوذجي لرعايـــة وتوجيـــه المكفّوفين**، القاهرة.

عبد الرحيم، فتحي وبشاى، حليم (1990). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**، ج2، الكويت: دار القلم.

عبد المعطي، أحمد ومصطفى، دعاء (2007). **المهارات الحياتية**، جامعة أسيوط، مصر.

عبد الهادي، داليا (2001). فاعلية برنامج متكامل لأطفال الروضة المكفّوفين في ضوء حاجاتهم، **رسالة ماجستير غير منشورة**، جامعة عين شمس، القاهرة.

عبيد، ماجدة السيد (2000). المبصرون بآذانهم (المعاقون بصريا)، عمان: دار صنعاء.

العزة، سعيد حسني (2001). **التربية الخاصة لذوي الإعاقات العقليـــة والبـــصريّة والـــسمعية والحركية**، عمان: الدار العلمية الدولية.

عزيز، مجدي (2003). **مناهج تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة في ضوء متطلبـــاتهم الإنـــسانية والاجتماعية والمعرفية**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عمران، تغريد والشناوي، رجاء وصبحي، عفاف (2001). **المهارات الحياتية**، القاهرة: مكتبـــة زهراء الشرق.

عقروق، وداد (2006). نموذج مقترح لتطوير خدمات التدخل المبكر فـــي ضـــوء الممارســـات العالمية ونتائج تقويم البرامج العاملة حاليا بالأردن، **رسالة دكتوراة غير منشورة**، جامعة عمان العربية للدراسات العربية، عمان، الأردن.

عواد، أحمد أحمد (2005). التعرف والتدخل المبكر لصعوبات التعلم لدى الأطفال في مرحلة ما قبل الدراسة "التربية الخاصة" والتي نضمت ضمن فعاليات **المؤتمر الـــسنوي الحـــادي عشر لمركز الإرشاد النفسي**، جامعة عين شمس (25–27) ديسمير.

مصطفى، فهيم (2005). **الطفل العربي والمهارات الحياتية في رياض أطفال المدرسة الأساسية**، القاهرة: دار الفكر العربي.

القريطي، عبد المطلب أمين (2001). **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصـــة وتـــربيتهم**، ط3، القاهرة: دار الفكر العربي.

القريوتي، يوسف، والسرطاوي، عبد العزيز، والصمادي، جميل (1995). **المدخل إلى التربية الخاصة**، دبي: دار القلم.

اللقاني، أحمد حسين (2001). **مناهج التعليم بين الواقع والمستقبل**، عمان: عالم الكتاب.

محمد، عبد الصبور منصور (2003). **مقدمة في التربية الخاصة سيكولوجية غير العادين وتربيتهم**، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

محمد، محمد يوسف (1997). المشكلات النفسية لدى الأطفال المكفّوفين وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، **مجلة معوقات الطفولة**، ع (7): 329-337.

مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، (2003). التدخل المبكر، الإمارات العربية المتحدة.

مصطفى، أسماء محمد وعبد اللطيف، مريم محمود (**2002**). **لغة الطفل الكفّيف، وحدة الطفولة المبكرة**، جامعة عين شمس، القاهرة.

نجدي، سميرة أبو زيد (1992). **برامج وطرق تربية الطفل المعوق قبل المدرسة**، القاهرة: مطبعة الإخوة الأشقاء.

نجدي، سميرة أبو زيد (2001). **فنون المعوقين وطرق تدريسها**، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

وزارة التربية والتعليم (2007). **دليل تدريب مديري المدار س على المهارات الحياتية، بالتعاون مع منظمة اليونيسيف**، عمان.

اليونيسيف (2005). تقرير المنظمة حول وضع الأطفال في الأردن، من خلال: www.unicef.jo

ثانياً: باللغة الأجنبية:

Beach, J.D.; Robinet, J.M. & Hakim-Larson, J.(1995). Self-Esteem And Independent Living Skills Of Adults With Visual Impairments, **Journal of Visual Impairments and Blindness**.89 (6): 531-540.

Behrman, A. (2005). **How About That Whole Child?,** Independent School, 65 (1): 23-40.

Brambring, M.(2001). Motor Activity in Children who are Blind or Partially Sighted. **Visual Impairment Research**, 3(1): 16-27.

Brien, O. J. (1992). Program Specialist Health Disabilities**, National Head Start Bulletin,** 45: 843-871.

Briggs, M. H. (1997). **Building early intervention teams,** Maryland: Aspen Publishers Inc..

Case-Smith, J. & Wavrek, B. B. (1998). **Models of services delivery and team interaction. in j. case –smith, pediatric occupational therapy and early intervention.** Boston: Butterworth-Heinemann.

Chen, D & Haney, M. (1995). An Early Intervention Model For Infants Are Deaf – Blind. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, 89: 213-221.

Chien, & Schaller. (2000). Perspectives Of Adolescents With Visual Important On Social Support From There Parents, **Journal of Visual Impairments and Blindness**, 94 (2): 10-21.

Colorado School for the Deaf and Blind (2000). **The Annual Report**, Colorado.

Crocker, A. D. & Orr. R. R. (1996). Social Behaviors of Children with visual important enrolled in preschool programs, **Exceptional Children**, 62: 451-461.

Dalk, S. (2005). Experiences in early intervention: a Study of Single – Parent Families And Family Centeredness, **Unpublished doctoral dissertation**, United State, Tenessee.

Dunlap, Linda, L. (1997). **An introduction to early childhood special education**. New York : Allyan and Bacon A Viacom co.

Dunst , C. J. (2000). Revisiting. "Rethinking Early Intervention". **Topics in Early Childhood Special Education**, 20(2): 95-104.

Elaine M.G.; Jean, P. (1999). The Development of Rocking Among Children Who Are Blind, **Journal of Visual Impairments & Blindness**, 93 (2): 82-97.

Elmerskog, B.; Tellevik, J. M. (2002). Participation in Ecologicaly Valid Activities: Mobility and Rehabilitation in an African Environment, **Visual Impairment Research,** 4(3): 161-174.

Erwin, E.J. (1992). Social Participation And Peer Interaction of Young Children with **Visual Impairments In Integrated And Specialljed Settings, Diss.Abs.** Int, 53 (2): 25-41.

Fallon, A (2000). Evaluating Early Intervention Programs, **Journal of Australian of early child hood.** 25 (3): 27-32.

Ferrell, K. A.; Raver, S. A.; & Stewart, K. A. (1999). **Intervention strategies for infants and toddlers with special needs: A team approach**, (2nd ed.). NJ: Merrill.

Hutter, S. (2000). Peer Relationships And Social Competence. During Early And Middle Childhood. **Annual Review of Psychology**, 50:333-359.

Johnson, N.; Attermeier, S. & Hacker, B (1990). **The carolina curriculum for preschoolers with special needs**. Paul H .Brookes Publishing co.

Lerner, J. (2003). **Young children with disabilities. In J. Lerner. learning disabilities** (251-279). Boston: Houghton Mifflin Company.

Lynne , W. (2000) . **Early childhood programs, Overbrook school for the blind** , Philadelphia, U.S.A.

Mcdonnell, A. & Hardman, M. (1998). A Synthesis Of " Best Practices " Guidelines For Early Childhood Services .**Journal of the Division for Early Childhood** , 12:328-341.

Mcgaha, C. G.; Farran, D. C. (2001). Interactions in an inclusive Classroom: The Effects of Visual Statue & Setting, **Journal of Visual Impairment & Blindness**, 95 (3): 80-94.

Newman, B & Philip R. (1999). "**Development through life**". Aidvion of international Thomson Publishing Inc .

Niemann, S. & Jacob, N. (2000). **Helping Children who are blind**. The Hesperian foundation:USA.

O'grady, Carolyn (2002). Basic needs not be boring. **Time Educational Supplement,** 45 (3): 35.

Okland, T. (1991). A multi year home-based program to Promote development of young palestinian children who exhibit developmental delays. **School Psychology International**. 18 (1): 29-3.

Online Encyclopedia (2006): **The major causes of blindness** , U.S.A

Porter , Louise (2002) : **Educating young Children With Special Needs** Australia: Allen and Unwin.

Sacks, Z. (1996). **Psychological & Social Implications Of Low Vision In A.L. Corn & Koenig Foundation Of Low Vision: Clinical & Functional Perspectives**, New York : AFB

Schneider , Jerry, (2004) .Teaching Life Skills: Connecting with the Real world. **Education Canada**, 44 (1): 24-25.

Sigurdsson, Fran, (2000). " Lessons for Life". **Women Day**, 64(1):179.

Smith, D. (2004**). Introduction to special education: Teaching in an age of opportunity,** Boston: Allyn and Bacon.

U.S. department of education (2004). **What are the critical features of successful early, intervention programs?** Retrieved January 13, 2004, http://www.atsweb.new.edu.

Vision 2020 (2005). A Manual for Vision 2020: the Right to sight workshops program: international center for eye health.

Wyver, S. & Markham, R. (1998) : Do Children With Visual Impairments Demonstrate Superior Short – Term Memory, Memory Strategies and Metamemory. **Journal of Visual Impairment & Blindn ess**, 92(11): 794-811.

Yeng-Hung S; Chien-Huey C. S. (2005). Teaching Oral Hygeine Skills to Elementary Students with Visual Impairments, **Journal of Visual Impairment & Blindness**,.99: 26-39.

المـــلاحـــق

ملحق (1)

مقياس مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً في صورته الأولية

الأستاذ: **التخصص:**

الدرجة العلمية: **الجامعة:**

تحية طيبة وبعد،،،

يقوم الباحث بإعداد أطروحة للدكتوراة (أثر برنامج تدريبي سلوكي للتدخل المبكر في تنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في الأردن) ويتطلب تحقيق أهداف الدراسة إعداد مقياس مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في الأردن.

وعلى ضوء ذلك تمّ إعداد المقياس مكوناً من (62) فقرة موزعة على المهارات التالية:

- مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية
- مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها
- مهارات إعداد الأطعمة وتناولها
- مهارات العناية بالمنزل
- الأمان والعناية بالأدوات الشخصية
- مهارات التواصل

ويعرض على سيادتكم نموذج من المقياس من أجل اعتماد فقرات الأداة ومدى ملاءمتها لأفراد العينة، ويأمل الباحث الاسترشاد بآرائكم ولذا تم اختياركم كعضو في التحكيم لما عرف عنكم من دراية وخبرة واطّلاع.

وبما أنكم تتمتعون بخبرة تربوية ودراية واسعة في المجال التربوي فإنني أرجو منكم التكرم بتحكيم فقرات المقياس.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

الباحث: صهيب سليم

	الأبعاد والفقرات	درجة ملائمة الفقرة		
		ملائمة	غير ملائمة	التعديل المقترح
	مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية.			
1-	يغسل يديه ووجهه بالماء والصابون.			
2-	ينشف وجهه ويديه بالفوطة.			
3-	يمشط شعره باستخدام المشط.			
4-	يمخط بالمنديل عند الضرورة.			
5-	ينظف أسنانه باستخدام الفرشاة والمعجون.			
6-	يقص أظافره بمقص الأظافر.			
7-	يذهب للمرحا ض عندما يريد قضاء حاجة.			
8-	ينزل ملابسه قبل قضاء الحاجة (الملابس الداخلية والخارجية السفلية).			
9-	ينظف نفسه بالشطافه.			
10-	يسحب السيفون بعد الانتهاء من قضاء الحاجة.			
11	يرفع ملابسه بعد تنظيف نفسه بالماء.			
12-	ينظف أذنه بنكاشات الأذن.			
	مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها.			
13-	يلبس شراباته.			
14-	يخلع شراباته.			
15-	يلبس حذائه (سحاب – لاصق).			
16-	يخلع حذائه (سحاب – لاصق).			
17-	يميز وجه ملابسه من الداخل والخارج.			
18-	يلبس (القمص – الجاكت).			
19-	يخلع (القميص – الجاكت).			
20-	يرفع وينزل سحاب الجاكت.			
21-	يفك أزرار الملابس.			
22-	يزرر أزرار الملابس.			
	مهارات إعداد الأطعمة وتناولها.			
23-	يفتح كيس أطعمة مغلق.			
24-	يفتح علبة عصير مصنوعة من كرتون باستخدام أنبوب مص.			
25-	يضع فوطة على صدره قبل تناول الأكل.			
26-	يعد شطيرة جبنه بسيطة باستخدام الملعقة.			

			يسمي أدوات الطعام (كأس – صحن – ملعقة) التي يستخدمها في الأكل.	27-
			يأكل بالملعقة من الصحن دون أن ينسكب منه شيء.	28-
			يملئ الكأس بالماء دون أن ينسكب منه شيء.	29-
			يضع أدوات الطعام (كأس – صحن – ملعقة) .	30-
			يصنف أنواع الأطعمة المختلفة (حلو – حامض – مالح) عن طريق حاسة التذوق.	31-
			يميز بين درجة حرارة الأشربة والأطعمة (ساخن – بارد) عن طريق حاسة اللمس .	32-
			مهارات العناية بالمسكن والأدوات الشخصية.	
			يعيد الألعاب إلى صندوق الألعاب بعد الانتهاء من اللعب .	33-
			يرمي القمامة في سلة المهملات .	34-
			يضع حذاءه في المكان المناسب .	35-
			يضع الملابس المتسخة في المكان المناسب .	36-
			يرتب المكان الذي ينام فيه بعد الإستيقاظ من النوم .	37-
			يعلق ملابسه (بنطال – قميص) على العلاقة .	38-
			يضع علاقة الملابس في مكانها المناسب داخل الخزانة على قضيب منخفض.	39-
			يرتب كتبه ووسائله التعليمية في المكان المناسب .	40-
			يكنس السجادة باللمامة .	41-
			يسحب الستارة في الغرفة لغرض التهوية.	42-
			مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية	
			ينظف أدواته الشخصية (فرشاة الأسنان، المشط) بعد الانتهاء من استخدامها .	43-
			يعيد أدواته الشخصية (فرشاة الأسنان، معجون الأسنان، المشط، المنشفة) إلى مكانها المناسب بعد الانتهاء من استخدامها.	44-
			يجلي أدوات طعامه (كأس – صحن – ملعقة) بعد الانتهاء من استخدامها.	45-
			يستخدم لاصق للجروح عند الضرورة.	46-
			يصنف بين الخضروات والفواكه السليمة وغير السليمة عن طريق حاسة اللمس والشم .	47-
			يغسل الخضروات والفواكه السليمة قبل الأكل .	48-
			يتعرف على المواد والسوائل الضارة كي يتجنبها (ديتول، كاز، دواء جلي) .	49-

-50	يتعرف على أماكن مصادر الخطر (كهرباء، موقد النار) لكي يتجنبها .			
-51	يتعرف على بعض الأدوات الحادة الخطرة (سكين، منشار، إبرة، مقص).			
-52	يتجنب الأماكن غير النظيفة (الحاويات، أمكنة الصرف الصحي).			
	مهارات التواصل.			
-53	يذكر اسمه بالكامل عندما يطلب منه .			
-54	يذكر عمره .			
-55	يخبر عن نوع جنسه (ذكر، أنثى).			
-56	يسرد اسماء أفراد عائلته الذين يعيشون معه في البيت .			
-57	ينفذ أمرا من ثلاث تعليمات .			
-58	يخبر عن حدثين في نفس ترتيب حدوثهما.			
-59	يميز بين الصوت الرفيع والصوت الغليظ.			
-60	يتعرف على أصوات مجموعة من زملائه.			
-61	يصغي جيدا لمن يتحدث معه .			
-62	يشارك زملاءه في صنع أشكال من الصلصال.			

ملحق رقم (2)

أسماء المحكمين على مقياس مهارات الحياة اليومية والبرنامج التدريبي

الرقم	الإسم	التخصص	جهة العمل
1	أ. آيسل أدهم شازي	تربية خاصة	روضة الضياء
2	أ. د. جميل الصمادي	تربية خاصة	الجامعة الأردنية
3	أ.د.حمدي فرماوي	علم نفس	جامعة عمان العربية
4	د. خالد الطحان	إرشاد نفسي	جامعة عمان العربية
5	د. سهى طبال	تربية خاصة	مركز السهى للتدخل المبكر
6	د. سهير التل	تربية خاصة	جامعة عمان العربية
7	د. شادن عليوات	تربية خاصة	المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المعوقين
8	أ.د. صالح الداهري	إرشاد نفسي	جامعة عمان العربية
9	د. فتحي جروان	تربية خاصة	جامعة عمان العربية
10	أ. ماجد رحال	تربية رياضية	مدرسة عبد الله إبن أم مكتوم للمكفّوفين

ملاحظة : تم ترتيب أسماء المحكمين أبجديا

ملحق (3)

مقياس مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً في الأردن، الصورة النهائية

	الأبعاد والفقرات	يتقن بدرجة عالية	يتقن بدرجة متوسطة	لا يتقن
	مهارات العناية بالجسم والسلامه الصحية.			
1-	يغسل يديه ووجهه بالماء والصابون.			
2-	ينشف وجهه ويديه بالفوطة.			
3-	يمشط شعره باستخدام المشط.			
4-	يمسح أنفه بالمنديل عند الضرورة.			
5-	ينظف أسنانه باستخدام الفرشاة والمعجون.			
6-	يذهب للمرحاض عندما يريد قضاء الحاجة.			
7-	ينزل ملابسه قبل قضاء الحاجة (الملابس الداخلية والخارجية السفلية).			
8-	ينظف نفسه بالشطافة بعد قضاء الحاجة.			
9-	يسحب السيفون بعد الانتهاء من قضاء الحاجة.			
10-	يرفع ملابسه بعد الانتهاء من قضاء الحاجة.			
	مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها.			
11-	يخلع جواربه.			
12-	يلبس جواربه.			
13-	يخلع حذائه(سحاب – لاصق).			
14-	يلبس حذائه (سحاب – لاصق).			
15-	يميز وجه ملابسه من الداخل والخارج.			
16-	يخلع (القميص – الجاكت).			
17-	يلبس (القميص – الجاكت).			
18-	يسحب ويقفل سحاب الجاكت.			
19-	يفك أزرار الملابس.			
20-	يزرر أزرار الملابس.			
	مهارات إعداد الأطعمة وتناولها.			
21-	يفتح كيس أطعمة مغلق.			
22-	يفتح علبة عصير مصنوعة من كرتون باستخدام المصاصة.			
23-	يضع فوطة على صدره قبل تناول الأكل.			
24-	يعد شطيرة جبنه بسيطة باستخدام المعلقة.			
25-	يسمي أدوات الطعام التي يستخدمها في الأكل.			
26-	يأكل بالمعلقة من الصحن دون أن ينسكب منه شيء.			
27-	يملئ الكأس بالماء دون أن ينسكب منه شيء.			
28-	يضع أدوات الطعام (كأس ،صحن، ملعقة)على مائدة الطعام.			

29-	يميز بين أنواع الأطعمة المختلفة (حلو ، حامض ، مالح) عن طريق حاسة التذوق.			
30	يميز بين درجة حرارة الاشربة (ساخن ، بارد) عن طريق حاسة اللمس.			
	مهارات العناية بالمنزل			
31-	يعيد الألعاب إلى صندوق الألعاب بعد الانتهاء من اللعب.			
32-	يرمي القمامة في سلة المهملات.			
33-	يضع حذاءه في المكان المخصص له.			
34-	يضع الملابس المتسخة في المكان المناسب.			
35-	يرتب المكان الذي ينام فيه بعد الاستيقاظ من النوم.			
36-	يعلق ملابسه (بنطال – قميص) على العلاقة.			
37-	يضع علاقة الملابس في مكانها المناسب داخل الخزانة على قضيب منخفض.			
38-	يرتب كتبة ووسائلة التعليمية في مكانها المناسب.			
39-	يكنس السجادة باللمامة.			
40-	يسحب الستارة الموضوعة على النافذة لغرض التهوية.			
	الأمان والعناية بالأدوات الشخصية .			
41-	ينظف أدواته الشخصية (فرشات الأسنان، المشط)بعد الانتهاء من استخدامها.			
42-	يعيد أدواته الشخصية (فرشات الأسنان ، معجون الأسنان ، المشط ، المنشفة) إلى مكانها المناسب بعد الانتهاء من استخدامها.			
43-	يغسل أدوات الطعام (كأس ، صحن ، معلقة) بعد الانتهاء من تناول الطعام.			
44-	يستخدم لاصق للجروح عند الضرورة.			
45-	يصنف بين الخضروات والفواكه السليمة وغير السليمة عن طريق حاسة اللمس والشم.			
46-	يغسل الخضروات والفواكه السليمة قبل الأكل.			
47-	يتعرف على المواد والسوائل الضارة كي يتجنبها(ديتول، كاز، دواء جلي).			
48-	يتعرف على أماكن مصادر الخطر (كهرباء، موقد نار) كي يتجنبها.			
49-	يتعرف على بعض الأدوات الحادة الخطرة(سكين، منشار، إبرة، مقص).			
50-	يتجنب الأماكن غير النظيفة (الحاويات، أماكن الصرف الصحي).			

	مهارات التواصل .			
51-	يذكر اسمه بالكامل عندما يطلب منه.			
52-	يذكر عمره.			
53-	يخبر عن جنسه (ذكر، أنثى).			
54-	يسرد أسماء أفراد عائلته الذين يعيشون معه في البيت.			
55-	ينفذ أمرا من ثلاث تعليمات.			
56-	يخبر عن حدثين في نفس ترتيب حدوثهما.			
57-	يميز بين الصوت الرفيع والصوت الغليظ.			
58-	يتعرف على أصوات مجموعة من زملائه.			
59-	يصغي جيدا لمن يتحدث معه.			
60-	يشارك زملاءه في صنع أشكال من الصلصال.			

ملحق رقم (4)

برنامج تدريبي سلوكي للتدخل المبكر في تنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصريا في الأردن

الأستاذ: **التخصص:**

الدرجة العلمية: **الجامعة:**

تحية طيبة وبعد،،،

يقوم الباحث بإعداد أطروحة للدكتوراه بعنوان (أثر برنامج تدريبي سلوكي للتدخل المبكر في تنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في الأردن) ويتطلب تحقيق أهداف الدراسة إعداد برنامج تدريبي سلوكي للتدخل المبكر في تنمية مهارات الحياة اليومية لدى الأطفال المعاقين بصرياً في الأردن.

وعلى ضوء ذلك تم إعداد البرنامج مكوناً من (48) جلسة موزعاً على المهارات التالية:

- مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية
- مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها
- مهارات إعداد الأطعمة وتناولها
- مهارات العناية بالمنزل
- الأمان والعناية بالأدوات الشخصية
- مهارات التواصل

ويعرض على سيادتكم (4) نماذج للجلسات، ومن أجل اعتماد فقرات الأداة يأمل الباحث الاسترشاد بآرائكم ولذا تم اختياركم كعضو في التحكيم لما عرف عنكم من دراية وخبرة واطّلاع.

وبما أنكم تتمتعون بخبرة تربوية ودراية واسعة في المجال التربوي فإنني أرجو منكم التكرم بتحكيم جلسات البرنامج من حيث: البعد، والمهارة الفرعية المراد تنميتها، وهدف الجلسة، ومكان التدريب، ومدة التدريب، والوسائل المستخدمة، والفنيات، وتحليل المهارة، والتقويم.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

الباحث: صهيب سليم

نماذج لبعض جلسات البرنامج التدريبي السلوكي المقترح لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً في الأردن من سن (4ـ6) سنوات والذي تم عرضه على المحكمين

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	عناصر الجلسة	ملائم	غير ملائم	تحتاج إلى تعديل
الجلسة (1)	تنمية مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية من خلال غسل اليدين والوجه بالماء والصابون و تنشيفهما.	1- البعد			
		2- المهارة الفرعية المراد تنميتها			
		3- هدف الجلسة			
		4- مكان التدريب			
		5- مدة التدريب			
		6- الوسائل المستخدمة			
		7- الفنيات			
		8- تحليل المهارة			
		9- التقويم			
الجلسة (2)	تنمية مهارات إعداد الأطعمة وتناولها من خلال تصنيف أنواع الأطعمة المختلفة (حامض، مالح ، حلو) عن طريق حاسة التذوق .	1- البعد			
		2- المهارة الفرعية المراد تنميتها			
		3- هدف الجلسة			
		4- مكان التدريب			
		5- مدة التدريب			
		6- الوسائل المستخدمة			
		7- الفنيات			
		8- تحليل المهارة			
		9- التقويم			
الجلسة (3)	تنمية مهارات العناية بالمنزل من خلال ترتيب الكتب والوسائل التعليمية في المكان المناسب .	1- البعد			
		2- المهارة الفرعية المراد تنميتها			
		3- هدف الجلسة			
		4- مكان التدريب			
		5- مدة التدريب			
		6- الوسائل المستخدمة			

		7- الفنيات			
		8- تحليل المهارة			
		9- التقويم			
الجلسة (4)	تنمية مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية من خلال التعرف على المواد والسوائل الضارة كي يتجنبها (ديتول ، كاز ، دواء جلي) من خلال حاسة الشم.	1- البعد			
		2- المهارة الفرعية المراد تنميتها			
		3- هدف الجلسة			
		4- مكان التدريب			
		5- مدة التدريب			
		6- الوسائل المستخدمة			
		7- الفنيات			
		8- تحليل المهارة			
		9- التقويم			

نماذج من البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً في الأردن في صورته الأولية

نموذج الجلسة (1)

- **البعد:** مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية.
- **المهارة الفرعية:** غسل اليدين والوجه بالماء والصابون وتنشيفهما.
- **الهدف:** أن يغسل الطفل يديه ووجهه بالماء والصابون وينشفهما بالفوطة بشكل صحيح.
- **مكان التدريب:** الحمام.
- **مدة التدريب:** 45 دقيقة.
- **الوسائل المستخدمة:**

المغسلة، الصابون، مياه، فوطة

- **الفنيات:**

تعزيز مادي (حلوى) تعزيز معنوي (ممتاز، أحسنت يا بطل)

تحليل المهارة

- **التمهيد للجلسة :**

الترحيب بالطالب والسؤال عن حاله .

التوضيح للطالب المهارة المتعلمة ومكان التدرب عليها .

تحليل المهارة :

- تحديد موقع المغسلة
- التوجه نحو المغسلة
- يقف أمام المغسلة
- أقف خلف الطالب
- يتلمس أجزاء المغسلة لمعرفة شكلها وحجمها وشكل الصنبور وموقعها وموقع الصابون
- رفع الأكمام
- فتح الصنبور الماء من اليسار لليمين
- تبليل اليدين بالماء
- يمسك الصابون بقبضة يده
- في البداية أجعله يتلمس حركة يدي في عملية فرك الصابون لكي يتعرف على الحركة الصحيحة.
- يفرك اليدين بالماء والصابون بحركة دائرية ومستقيمة من الأعلى والأسفل
- الاستمرار بتحريك الصابون باليدين حتى تحصل على الرغوة المناسبة (الشعور بلزوجة الصابون وثم الرغوة تغطي اليدين)
- إعادة الصابون إلى مكانه
- تنظيف اليدين من الصابون جيدا بنفس الطريقة
- التأكد من عدم وجود بقايا صابون على اليدين من خلال تلمس اليد وما بين الأصابع
- إغلاق الصنبور من اليمين لليسار

- تلمس جانبي المغسلة لتحديد موقع المنشفة
- مسك المنشفة
- تنشيف اليدين جيدا
- إعادة المنشفة إلى مكانها
- التأكد من نظافة اليدين عن طريق الشم
- أخفف المساعدة تدريجيا حتى يتمكن الطالب من تأدية المهارة وحده

بعد كل خطوة صحيحة يقوم بها الطالب أقوم بتعزيزه لفظيا (ممتاز – بارك الله فيك) وبعد إتقان الهدف يتم تعزيزه ماديا (حلوى)

التقييم :سؤال الطالب عن أسباب وأوقات غسل اليدين .

نموذج الجلسة (2)

– **البعد:** إعداد الأطعمة وتناولها.

– **المهارة الفرعية المراد تنميتها:**تصنيف أنواع الأطعمة المختلفة (حلو – حامض – مالح) عن طريق حاسة التذوق.

–**الهدف:** أن يصنف الطفل أنواع الأطعمة المختلفة (حلو ــ حامض ــ مالح) عن طريق حاسة التذوق بدقة.

– **مدة الجلسة:** 45 دقيقة

– **مكان التدريب:** في حديقة الروضة

– **الوسائل المستخدمة:**

(قطعة تفاح) (بسكويت مالح) (قطعة من الليمون)

– **الفنيات:**

تعزيز مادي (قطعة بسكوت) تعزيز معنوي (رائع)

تحليل المهارة

– **التمهيد للجلسة:**

الطلب من الطفل سرد نكته

التوضيح للطالب المهارة المتعلمة ومكان التدرب عليها .

محتوى الجلسة :

- يتم إحضار ثلاث عينات من الأطعمة توضع وحدها.
- يتذوق الطفل العينة الحلوة (قطعة تفاح) ويتعرف على مذاقها بلسانه.
- يتذوق الطفل العينة المالحة (بسكويت مالح) ويتعرف على مذاقها بلسانه.
- يتذوق الطفل العينة الحامضة (قطعة ليمون) و يتعرف على مذاقها بلسانه.
- يميز الطالب بين العينات الثلاث مجتمعه في طبق واحد ويصنفها.
- يسمي أطعمة ذات مذاق حلو، وأطعمة ذات مذاق مالح، وأطعمة ذات مذاق حامض.

و بعد كل خطوة صحيحة يقوم بها الطالب يتم تعزيزه لفظيا (رائع) وبعد إتقان المهارة يتم تعزيزه ماديا (قطعه من الشوكلاتة)

التقييم : ما هي حاسة التذوق ؟

جلسة (3)

- **البعد:** مهارات العناية بالمنزل

المهارة الفرعية المراد تنميتها:ترتيب المكان الذي ينام فيه الطفل بعد الاستيقاظ من النوم.

الهدف: أن يرتب الطفل المكان الذي ينام فيه بعد الاستيقاظ من النوم بطريقة صحيحة

- **مكان التدريب** : غرفة يوجد بها (تخت)
- **مدة التدريب** : 45 دقيقة
- **الوسائل المستخدمة** :

تخت، مرتبة، وسادة، غطاء.

- **الفنيات** :

تعزيز مادي (نجمة) تعزيز معنوي (أحسنت يا بطل)

تحليل المهارة

- **التمهيد للجلسة:**

الترحيب بالطالب.

التوضيح للطالب المهارة المتعلمة ومكان التدرب عليها.

محتوى الجلسة:

- تحديد موقع التخت
- التوجه نحو التخت
- يقف بجانب التخت
- يستخدم حاسة اللمس لمعرفة أجزاء ومحتويات التخت(وسادة، فرشة، غطاء) ولمعرفة شكله وأبعاده.
- يعرف أن التخت غير مرتب عن طريق حاسة اللمس.
- في البداية أجعله يتلمس حركة يدي في خطوات ترتيب التخت للتعرف على الحركة الصحيحة.
- يمسك الطفل الوسادة ويضعها أعلى التخت من الوسط.
- يمسك الطفل الغطاء من أطرافه بكلتا يديه.
- يفرد الطفل الغطاء على التخت.
- يساوي الطفل أطراف الغطاء بأطراف التخت.
- يسحب الطفل الغطاء من أعلى التخت ومن الأسفل.
- يثني الطفل الغطاء قليلا إلى الداخل من أعلى التخت ومن الأسفل.
- يتأكد الطفل من ترتيب التخت عن طريق حاسة اللمس.
- أخفف المساعدة تدريجيا حتى يتمكن الطالب من تأدية المهارة وحدة.

و بعد كل خطوة صحيحة يقوم بها الطالب أقوم بتعزيزه لفظيا (أحسنت يا بطل) وبعد إتقان المهارة يتم تعزيزه ماديا (نجمة).

التقييم : سؤال الطفل عن مكان وجود الوسادة على التخت.

نموذج الجلسة (4)

- **البعد:** مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية.
- **المهارة الفرعية:**التعرف على المواد والسوائل الضارة كي يتجنبها (ديتول، كاز، دواء جلي، غاز، كلور) من خلال حاسة الشم .

الهدف:أن يتعرف الطفل على المواد والسوائل الضارة (ديتول، كاز، دواء جلي، غاز، كلور) بدقة لكي يتجنبها.

- **مدة الجلسة:** 45 دقيقة
- **مكان التدريب:** في مطبخ روضة الضياء
- **الوسائل المستخدمة:**

مواد تنظيف (ديتول، كاز، دواء جلي، غاز، كلور)

- **الفنيات:**

رواية قصة (ليلى والخطر)

تعزيز مادي (حلوى) تعزيز معنوي (بارك الله فيك يا بطل)

- التمهيد للجلسة:

الترحيب بالطالب.

التوضيح للطالب المهارة المتعلمة ومكان التدريب عليها.

محتوى الجلسة :

- تحديد أماكن وجود هذه المواد المستخدمة في المنزل و الضارة على صحة الإنسان عند تناولها.
- يتم وضع عينات من هذه المواد على طاولة أمام الطفل (كاز، دواء جلي، ديتول، كلور، غاز).
- يتم توضيح ضرر هذه المواد عن طريق رواية قصة (ليلى والخطر).
- يستخدم الطفل حاسة الشم للتعرف على مادة الكاز بحذر شديد.
- يستخدم الطفل حاسة الشم للتعرف على مادة الديتول .
- يستخدم الطفل حاسة الشم واللمس للتعرف على دواء الجلي.
- يستخدم الطفل حاسة الشم للتعرف على رائحة الغاز بحذر شديد.
- يستخدم الطفل حاسة الشم للتعرف على رائحة الكلور بحذر شديد.
- يصنف الطفل بين هذه المواد الضارة عن طريق حاسة الشم.

و بعد كل خطوة صحيحة يقوم بها الطالب يتم تعزيزه لفظيا (بارك الله فيك يا بطل) وبعد إتقان المهارة يتم تعزيزه ماديا (حلوى).

التقييم : أين يتم وضع هذه المواد المستخدمة في المنزل غالبا؟

ملحق رقم (5)

محتويات البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية

رقم الجلسة	محور الجلسة	موضوع الجلسة	مدة الجلسة
(1)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية من خلال غسل اليدين والوجه بالماء والصابون و تنشيفهما.	30دقيقة
(2)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية من خلال تمشيط الشعر باستخدام المشط.	30دقيقة
(3)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية من خلال مسح الأنف بالمنديل عند الضرورة.	30دقيقة
(4)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية من خلال تنظيف الأسنان باستخدام الفرشاة والمعجون.	30دقيقة
(5)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية من خلال الذهاب إلى المرحاض عند قضاء الحاجة ثم إنزال الملابس قبل قضاء الحاجة والتنظيف بالشطافة بعد قضاء الحاجة ثم سحب السيفون ثم رفع الملابس بعد الإنتهاء من قضاء الحاجة.	30دقيقة
(6)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها من خلال خلع ولبس الجوارب .	30دقيقة
(7)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها من خلال خلع الحذاء ولبسه (سحاب ــ لاصق)	30دقيقة
(8)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عيها من خلال تميز وجه الملابس من الداخل والخارج.	30دقيقة
(9)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها من خلال خلع ولبس القميص والجاكيت .	30دقيقة
(10)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها من خلال رفع وإنزال سحاب الجاكت.	30دقيقة
(11)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات ارتداء الملابس والحفاظ عليها من خلال فك وتزرير أزرار الملابس.	30دقيقة
(12)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات إعداد الأطعمة وتناولها من خلال فتح كيس أطعمة مغلق .	30دقيقة
(13)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات إعداد الأطعمة وتناولها من خلال فتح علبة عصير مصنوع من كرتون باستخدام مصاصة.	30دقيقة

(14)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات إعداد الأطعمة وتناولها من خلال وضع فوطة على صدره قبل تناول الطعام.	30دقيقة
(15)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات إعداد الأطعمة وتناولها من خلال إعداد شطيرة جبنة بسيطة باستخدام الملعقة.	30دقيقة
(16)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات إعداد الأطعمة وتناولها من خلال تسمية أدوات الطعام (كأس، صحن، ملعقة) ووضعها على مائدة الطعام.	30دقيقة
(17)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات إعداد الأطعمة وتناولها من خلال وضع أدوات الطعام (كأس، صحن، ملعقة) على مائدة الطعام.	30دقيقة
(18)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات إعداد الأطعمة وتناولها من خلال الأكل بالملعقة من الصحن دون أن ينسكب منه شيء.	30دقيقة
(19)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات إعداد الأطعمة وتناولها من خلال أن يملأ الكأس بالماء دون أن ينسكب منه شيء بطريقة صحيحة.	30دقيقة
(20)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات إعداد الأطعمة وتناولها من خلال تصنيف أنواع الأطعمة المختلفة (حامض، مالح ، حلو) عن طريق حاسة التذوق .	30دقيقة
(21)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات إعداد الأطعمة وتناولها من خلال تميز درجة حرارة الأشربة والأطعمة (ساخن ، بارد) عن طريق حاسة اللمس .	30دقيقة
(22)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالمنزل من خلال إعادة الألعاب إلى مكانها بعد الانتهاء من اللعب	30دقيقة
(23)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالمنزل من خلال رمي القمامة في سلة المهملات .	30دقيقة
(24)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالمنزل من خلال وضع الحذاء في المكان المناسب.	30دقيقة
(25)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالمنزل من خلال وضع الملابس المتسخة في سلة الغسيل.	30دقيقة
(26)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالمنزل من خلال ترتيب مكان النوم بعد الاستيقاظ.	30دقيقة
(27)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالمنزل من خلال تعليق الملابس على العلاقة ووضعها داخل الخزانة على قضيب منخفض.	30دقيقة
(28)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالمنزل من خلال ترتيب الكتب والوسائل التعليمية في المكان المناسب .	30دقيقة
(29)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالمنزل من خلال تكنيس السجادة باللمامة.	30دقيقة

(30)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات العناية بالمنزل من خلال سحب الستارة الموضوعة على النافذة لغرض التهوية .	30دقيقة
(31)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية من خلال تنظيف الأدوات الشخصية (فرشاة الأسنان المشط) وإعادتها إلى مكانها المناسب بعد الانتهاء من استخدامها.	30دقيقة
(32)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية من خلال إعادة الأدوات الشخصية (فرشاة الأسنان المشط) إلى مكانها المناسب بعد الانتهاء من استخدامها.	30دقيقة
(33)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية من خلال غسل أدوات الطعام (كأس، صحن، ملعقة) بعد الانتهاء من استخدامها.	30دقيقة
(34)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية من خلال استخدام لاصق للجروح عند الضرورة .	30دقيقة
(35)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية من خلال تصنيف الخضروات والفواكه السليمة وغير السليمة عن طريق حاسة اللمس والشم وغسلها قبل أكلها.	30دقيقة
(36)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية من خلال غسل الخضروات والفواكه السليمة قبل أكلها.	30دقيقة
(37)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية من خلال التعرف على المواد والسوائل الضارة كي يتجنبها (ديتول، كاز، دواء جلي) من خلال حاسة الشم.	30دقيقة
(38)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية من خلال التعرف على أماكن مصادر الخطر (كهرباء، موقد نار) كي يتجنبها .	30دقيقة
(39)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية من خلال التعرف على بعض الأدوات الحادة الخطرة (سكين، منشار)	30دقيقة
(40)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية من خلال تجنب الأماكن غير النظيفة(حاويات، أماكن الصرف الصحي).	30دقيقة
(41)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات التواصل من خلال ذكر الاسم والعمر والجنس (ذكر، أنثى) عند الطلب.	30دقيقة
(42)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات التواصل من خلال سرد أسماء أفراد عائلته الذين يعيشون معه في البيت.	30دقيقة
(43)	جلسة تدريبية	تنمية مهارات التواصل من خلال تنفيذ أمر من ثلاث	30دقيقة

	فردية للطفل	تعليمات.	
(44)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات التواصل من خلال الإخبار عن حدثين في نفس ترتيب حدوثهما،	30دقيقة
(45)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات التواصل من خلال التميز بين الصوت الرفيع والصوت الغليظ.	30دقيقة
(46)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات التواصل من خلال التعرف على أصوات مجموعة من زملائه .	30دقيقة
(47)	جلسة تدريبية فردية للطفل	تنمية مهارات التواصل من خلال الإصغاء الجيد للمتحدث.	30دقيقة
(48)	جلسة تدريبية للطفل	تنمية مهارات التواصل من خلال المشاركة في صنع أشكال من الصلصال.	30دقيقة

ملحق رقم (6)

نماذج من جلسات البرنامج التدريبي السلوكي لتنمية مهارات الحياة اليومية للأطفال المعاقين بصرياً في الأردن في صورته النهائية

نموذج الجلسة (1)

- **البعد:** مهارات العناية بالجسم والسلامة الصحية.

-**المهارة الفرعية:** غسل اليدين والوجه بالماء والصابون و تنشيفهما.

- **الهدف:** أن يغسل الطفل يديه ووجهه بالماء والصابون و ينشفهما بالمنشفة بشكل صحيح.

- **مكان التدريب:** الحمام.

- **مدة التدريب:** 30 دقيقة.

- **الوسائل المستخدمة:**

المغسلة، الصابون، مياه، منشفة

- **الفنيات:**

تعزيز مادي (حلوى) تعزيز معنوي (ممتاز، أحسنت يا بطل)

تحليل المهارة

- **المفاهيم السابقة :**

ماء – حنفية – صابون – مغسلة – أمام – خلف – رائحة نظيفة – رائحة كريهه – يمين – يسار – ناشف– لزج – مبلل.

- **المهارات السابقة :**

استخدام اليدين للتعرف والاستكشاف – الوقفة الصحيحة– الإمساك – الفتح – الإغلاق.

- **التمهيد للجلسة :**

الترحيب بالطالب والسؤال عن حاله .

التوضيح للطالب المهارة المتعلمة ومكان التدرب عليها .

تحليل المهارة :

- تحديد موقع المغسلة
- التوجه نحو المغسلة
- يقف أمام المغسلة
- أقف خلف الطالب
- يتلمس أجزاء المغسلة لمعرفة شكلها وحجمها وشكل الحنفية وموقعها وموقع الصابون
- رفع الأكمام
- فتح حنفية الماء من اليسار لليمين
- تبليل اليدين بالماء
- يمسك الصابون بقبضة يده
- في البداية أجعله يتلمس حركة يدي في عملية فرك الصابون لكي يتعرف على الحركة الصحيحة.
- يفرك اليدين بالصابون بحركة دائرية ومستقيمة من الأعلى والأسفل

- الاستمرار بتحريك الصابون باليدين حتى يحصل على الرغوة المناسبة (الشعور بلزوجة الصابون وثم الرغوة تغطي اليدين) .
- إعادة الصابون إلى مكانه.
- تنظيف اليدين من الصابون جيدا بنفس الطريقة .
- التأكد من عدم وجود بقايا صابون على اليدين من خلال تلمس اليد وما بين الأصابع.
- إغلاق الحنفية من اليمين لليسار.
- تلمس جانبي المغسلة لتحديد موقع المنشفة.
- مسك المنشفة.
- تنشيف اليدين جيدا .
- إعادة المنشفة إلى مكانها.
- التأكد من نظافة اليدين عن طريق الشم.
- أخفف المساعدة تدريجيا حتى يتمكن الطالب من تأدية المهارة وحده.

بعد كل خطوة صحيحة يقوم بها الطالب أقوم بتعزيزه لفظيا (ممتاز– بارك الله فيك) وبعد إتقان الهدف يتم تعزيزه ماديا (حلوى).

التقييم :سؤال الطالب عن أسباب وأوقات غسل اليدين .

نموذج الجلسة (2)

– **البعد:** إعداد الأطعمة وتناولها.

– **المهارة الفرعية المراد تنميتها:**تصنيف أنواع الأطعمة المختلفة (حلو – حامض – مالح) عن طريق حاسة التذوق.

–**الهدف:** أن يصنف الطفل أنواع الأطعمة المختلفة (حلو ــ حامض ــ مالح) عن طريق حاسة التذوق بدقة.

– **مدة الجلسة:** 30 دقيقة

– **مكان التدريب:** في حديقة الروضة

– **الوسائل المستخدمة:**

(قطعة تفاح) (بسكويت مالح) (قطعة من الليمون)

– **الفنيات:**

تعزيز مادي (قطعة بسكوت) تعزيز معنوي (رائع)

تحليل المهارة

– **المفاهيم السابقة :**

فم ، لسان ، تذوق ، لذيذ ، غير لذيذ ،

– **المهارات السابقة:**

استخدام اللسان لتصنيف أنواع الأطعمة (حلو ، حامض ، مالح)

– **التمهيد للجلسة:**

الطلب من الطفل سرد نكته

التوضيح للطالب المهارة المتعلمة ومكان التدرب عليها .

محتوى الجلسة :

- يتم إحضار ثلاث عينات من الأطعمة توضع وحدها.
- يتذوق الطفل العينة الحلوة (قطعة تفاح) ويتعرف على مذاقها بلسانه.
- يتذوق الطفل العينة المالحة (بسكويت مالح) ويتعرف على مذاقها بلسانه.
- يتذوق الطفل العينة الحامضة (قطعة ليمون) و يتعرف على مذاقها بلسانه.
- يميز الطالب بين العينات الثلاث مجتمعه في طبق واحد ويصنفها.
- يسمي أطعمة ذات مذاق حلو، وأطعمة ذات مذاق مالح، وأطعمة ذات مذاق حامض.

و بعد كل خطوة صحيحة يقوم بها الطالب يتم تعزيزه لفظيا (رائع) وبعد إتقان المهارة يتم تعزيزه ماديا (قطعه من الشوكلاتة)

التقييم : ما هي حاسة التذوق ؟

جلسة (3)

– **البعد:** مهارات العناية بالمنزل

المهارة الفرعية المراد تنميتها:ترتيب المكان الذي ينام فيه الطفل بعد الاستيقاظ من النوم.

الهدف: أن يرتب الطفل المكان الذي ينام فيه بعد الاستيقاظ من النوم بطريقة صحيحة

– **مكان التدريب** : غرفة يوجد بها (سرير)

– **مدة التدريب** : 30 دقيقة

– **الوسائل المستخدمة :**

سرير، فرشه، وسادة، غطاء.

– **الفنيات :**

تعزيز مادي (نجمة) تعزيز معنوي (أحسنت يا بطل)

تحليل المهارة

– **المفاهيم السابقة :**

سرير، وسادة، فرشه غطاء، نوم، استيقاظ، أعلى، أسفل، يمين، يسار، وسط، طول، عرض، مرتب، غير مرتب.

– **المهارات السابقة:**

استخدام اليدين للتعرف والاستكشاف – الإمساك – فرد الغطاء –– السحب – الثني.

– **التمهيد للجلسة:**

الترحيب بالطالب.

التوضيح للطالب المهارة المتعلمة ومكان التدرب عليها.

محتوى الجلسة:

- تحديد موقع السرير
- التوجه نحو السرير
- يقف بجانب السرير
- يستخدم حاسة اللمس لمعرفة أجزاء ومحتويات السرير (وسادة، فرشة، غطاء) ولمعرفة شكله وأبعاده.
- يعرف أن السرير غير مرتب عن طريق حاسة اللمس.

- في البداية أجعله يتلمس حركة يدي في خطوات ترتيب السرير للتعرف على الحركة الصحيحة.
- يمسك الطفل الوسادة ويضعها أعلى السرير من الوسط.
- يمسك الطفل الغطاء من أطرافه بكلتا يديه.
- يفرد الطفل الغطاء على السرير.
- يساوي الطفل أطراف الغطاء بأطراف السرير.
- يسحب الطفل الغطاء من أعلى السرير ومن الأسفل.
- يثني الطفل الغطاء قليلا إلى الداخل من أعلى السرير ومن الأسفل.
- يتأكد الطفل من ترتيب السرير عن طريق حاسة اللمس.
- أخفف المساعدة تدريجيا حتى يتمكن الطالب من تأدية المهارة وحده.

و بعد كل خطوة صحيحة يقوم بها الطالب أقوم بتعزيزه لفظيا (أحسنت يا بطل) وبعد إتقان المهارة يتم تعزيزه ماديا (نجمة).

التقييم : سؤال الطفل عن مكان وجود الوسادة على السرير.

نموذج الجلسة (4)

- **البعد:** مهارات الأمان والعناية بالأدوات الشخصية.
- **المهارة الفرعية:**التعرف على المواد والسوائل الضارة كي يتجنبها (ديتول، كاز، دواء جلي، غاز، كلور) من خلال حاسة الشم .

الهدف:أن يتعرف الطفل على المواد والسوائل الضارة (ديتول، كاز، دواءجلي، غا، كلور) بدقة لكي يتجنبها.

- **مدة الجلسة:** 30 دقيقة
- **مكان التدريب:** في مطبخ روضة الضياء
- **الوسائل المستخدمة:**

مواد تنظيف (ديتول، كاز، دواء جلي، غاز، كلور)

- **الفنيات:**

رواية قصة (ليلى والخطر)

تعزيز مادي (حلوى) تعزيز معنوي (بارك الله فيك يا بطل)

- **المفاهيم السابقة:**

أمان، خطر، نافع، ضار، أنف، شم، رائحة.

- **المهارات السابقة:**

استخدام الأنف لتمييز الروائح

- التمهيد للجلسة:

الترحيب بالطالب.

التوضيح للطالب المهارة المتعلمة ومكان التدرب عليها.

محتوى الجلسة :

- تحديد مكان وجود هذه المواد المستخدمة في المنزل و الضارة على صحة الإنسان عند تناولها.
- يتم وضع عينات من هذه المواد على طاولة أمام الطفل (كاز، دواء جلي، ديتول، كلور، غاز)
- يتم توضيح ضرر هذه المواد عن طريق رواية قصة (ليلى والخطر)
- يستخدم الطفل حاسة الشم للتعرف على مادة الكاز بحذر شديد
- يستخدم الطفل حاسة الشم للتعرف على مادة الديتول
- يستخدم الطفل حاسة الشم واللمس للتعرف على دواء الجلي
- يستخدم الطفل حاسة الشم للتعرف على رائحة الغاز بحذر شديد
- يستخدم الطفل حاسة الشم للتعرف على رائحة الكلور بحذر شديد
- يصنف الطفل المواد الضارة عن طريق حاسة الشم

و بعد كل خطوة صحيحة يقوم بها الطالب يتم تعزيزه لفظيا (بارك الله فيك يا بطل) وبعد إتقان المهارة يتم تعزيزه ماديا (حلوى).

التقييم : أين يتم وضع هذه المواد المستخدمة في المنزل غالبا؟